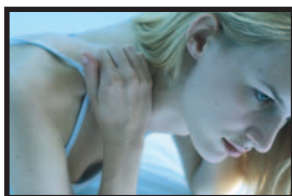


Nr. 5/marts/2005
87. årgang



Ikke godt nok

Manuel vævsbehandling udgør en for stor del af tilbuddet til nakkepatienter viser audit. Side 18

Fysioterapeuten www.fysio.dk

Gigtpatienter snydes

Dokumentationen for lavenergi-laser til gigtsmerter er omfattende. Men tilskuddet gives i stedet til medicinsk behandling, der kan have alvorlige bivirkninger. Side 4



Artikler

Gigtpatienter snydes for effektiv smertebehandling



Trods den efterhånden omfattende dokumentation, og skønt behandlingen vil være udgiftsneutral, trækker det ud med at få gjort lavenergi-laser tilskudsberettiget, som det er i for eksempel Norge og Sverige.

4

En strid om ord og holdninger

"Handicappede" eller "mennesker med handicap". En strid om ord - og holdninger præger rehabiliterings- og handicapområdet. Og det er også en faglig debat for fysioterapeuter.

12

Bedre – men ikke godt nok

Der er sket en positiv udvikling i det fysioterapeutiske tilbud til nakkepatienter. Flere patienter får aktiv behandling og information, men manuel vævsbehandling udgør stadig en for stor del af behandlingstilbuddet.

18

CAS – en postoperativ score til hoftefrakturpatienter



The Cumulated Ambulation Score (CAS) er en postoperativ score til prædiktions af tidlig rehabilitering og morbiditet hos hoftefrakturpatienter.

22

Stavgang forbudt og tilladt igen

Slots- og Ejendomsstyrelsen måtte i februar på hastigt tilbagetog efter at have indført forbud mod stavgang i Frederiksberg Have. Forbuddet mod stavgang i haven kom, fordi styrelsen sidestillede grupperne af stavgængere med organiseret idræt, der generer havens øvrige gæster og medfører store slidskader på stierne. Det fik Friluftsrådets direktør Jan Eriksen til i en pressemeddelelse at opfordre Slots- og Ejendomsstyrelsen til "at fjerne skyklapperne". "Det handler om at trække nye motionsgrupper op af lænestolen, give dem styrke, bedre kondition og ikke mindst større livsglæde", lød det blandt andet i opfordringen, som styrelsen ikke kunne sidde overhørig. "Vi beklager, at vi er kommet til at tackle denne sag alt for firkantet. Selvfølgelig skal der findes en fornuftig løsning", sagde kommunikationsmedarbejder i Slots- og Ejendomsstyrelsen Peder Lind Pedersen efterfølgende til Ritzau.



FOTO: FINN FRANDSEN/POLFOTO

Det faste

Fysnyt	10
Litteratur	16
Presseklip	21
Debat	27
Opslagstavlen	27



FORSIDE:
HENRIK FRYDKJÆR

Udgiver:
Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Telefon 33 41 46 20
Redaktionens fax:
33 41 46 14

E-mail:
Redaktionen@fysio.dk
www.fysio.dk

Redaktion:
Informationschef
Mikael Mølgaard, ansv.red.
mm@fysio.dk
Faglig redaktør Vibeke Pilmark
vp@fysio.dk
Journalist Anne Guldager
ag@fysio.dk
Sekretær Jonna Søgaard Harup
jsh@fysio.dk

Webredaktør:
Martin Goldbach Olsen
e-mail: mgo@fysio.dk

**Forretnings-, uddannelses-
og stillingsannoncer:**
Panorama Media a/s
70 10 35 33
www.panoramamedia.dk
info@panoramamedia.dk

Kontrolleret oplag 9.383
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2003 - 30. juni
2004
86. årgang.

Layout, repro og tryk:
Elbo Grafisk A/S

Redaktionspanel:
Birte Carstensen
Sine Secher Marcussen
Jørgen Jalving
Susanne Sternberg
Hanne Albert
Hanne Morthorst
John Verner
Janne Mørch
Christian Coupe
Ulla Mulbjerg
Poul Henriksen
Jeanette Præstegaard
Karen Thøgersen
Nina Beyer
Jette Christensen
Bente Holm

ISSN 1601-1465

Laserterapi i klemme

220.000 danskere har slidgigt. Mange spiser dagligt smertestillende piller, der indeholder NSAID eller COX 2-hæmmere. Men det er langt fra en ideel behandling. For nyligt publicerede British Medical Journal en metaanalyse, som viste, at medikamentene ikke er bedre end placebo til at mindske smerter fra slidgigt i knæet, og at man bør undgå langvarig brug af stofferne. Andre undersøgelser har vist, at NSAID og COX 2-hæmmere hvert år indirekte er skyld i en række dødsfald. Så i mange tilfælde gøre behandlingen mere skade end gavn.

Men der findes heldigvis et godt alternativ. Lavenergi-laser terapi, LLLT, har vist sig at være en særdeles effektiv behandlingsform til en række smertetilstande og inflammatoriske lidelser, ligesom behandlingen er helt uden bivirkninger. Dertil kommer, at det samfundsmæssigt ikke er dyrere at tilbyde patienterne denne behandling.

Det er baggrunden for, at sundhedsmyndighederne i Sverige og Norge inden for de seneste år har godkendt LLLT som tilskudsberettiget behandling. Det betyder, at gigtpatienter i vores nabolande har fået et reelt og godt alternativ til de smertestillende piller. Det var præcis sådan en ordning, Danske Fysioterapeuter gik efter sidste sommer, da foreningen forhandlede ny overenskomst på praksisområdet med Sygesikringen. Ønsket var at få godkendt LLLT som tilskudsberettiget behandling, så gigtpatienter slipper for at betale en stor del af prisen af egen lomme, når de vælger laserterapi. Men det viste sig ikke at være så ligetil.



Af Johnny Kuhr
formand for
Danske
Fysioterapeuter

Sygesikringen ville ikke godkende LLLT, før Sundhedsstyrelsen har sagt god for virkningen. Så derfor blev resultatet, at der skulle nedsættes et fagligt udvalg, der hurtigt skal kigge på sagen. Fair nok. Imidlertid er det snart et halvt år siden, og der endnu er ikke sket noget på trods af, at Danske Fysioterapeuter har rykket flere gange.

Ud over smølen med at få nedsat det faglige udvalg, synes et andet problem at være, at der i modsætning til lægemidler ikke findes nogen faste retningslinier eller procedure for, hvordan nonfarmakologisk behandling kan godkendes. Det er måske forklaringen på, at Sundhedsstyrelsen indtil videre har tillagt en tre år gammel, fejlbehæftede Cochrane metaanalyse, mere vægt end den seneste mængde overbevisende forskning? Og at det indtil videre har været umuligt at få klar besked om, hvad styrelsen konkret efterlyser, når den beder om mere dokumentation for, at laserterapi virker?

Imens venter 220.000 gigtpatienter på at få et reelt tilbud om en effektiv behandling uden bivirkninger. Det kan vi ikke være bekendt. Derfor vil Danske Fysioterapeuter på ny lægge pres på Sundhedsstyrelsen for at få godkendt laserterapi og få fjernet den urimelige forskelsbehandling mellem godkendelse af lægemidler og nonfarmakologisk behandling.

Gigtpatienter snydes for effektiv smertebehandling

Trods den efterhånden omfattende dokumentation, og skønt behandlingen vil være udgiftsneutral, trækker det ud med at få gjort lavenergi-laser tilskudsbe-
rettiget, som der er i for eksempel Norge og Sverige

AF JOURNALIST KLAUS LARSEN
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Er lavenergi-laser terapi (Low Level Laser Therapy, LLLT) en effektiv smertebehandling af patienter med slidgigt?

Det har været omstridt, men den seneste forskning tyder stærkt på, at laseren er både mere virksom og har færre bivirkninger. Tilmed er den ikke nødvendigvis dyrere end medicinsk behandling.

Alligevel stredes Danske Fysioterapeuter i foråret og sommeren 2004 med Sygesikringen og Sundhedsstyrelsen om, hvorvidt dokumentationen er god nok til at tage behandlingen, som allerede gives af mange praktiserende fysioterapeuter, med i overenskomsten om tilskudsberettigede ydelser.

Sygesikringens forhandlingsudvalg ville ikke tage stilling, før man kendte holdningen i Sundhedsstyrelsen. Og Sundhedsstyrelsen ville "ikke deltage i et overenskomstmæssigt slagsmål", som en sagsbehandler udtrykte det.

Sundhedsstyrelsen ville ikke tage stilling til den nyeste dokumentation i form af en dugfrisk norsk doktordisputats af fysioterapeut og postdoktorstipendiat Jan Bjordal, men henviste i stedet til en tre år gammel Cochrane-metaanalyse, en statistisk sammenfatning af eksisterende undersøgelser.

Således var bolden lagt effektivt død og det på et tidspunkt, hvor den medikamentelle behandling skulle vise sig at have alvorlige bivirkninger.

CODE ERFARINGER MED LASER

Cochrane-analysen, som var baseret på fire uafhængige undersøgelser, viste, at LLLT ved leddegigt (RA) effektivt reducerer smerter med 70 procent og afkorter mor-

genstivhed med næsten 30 minutter i sammenligning med placebo.

Hvad effekten på slidgigt (OA) angik, fandt Cochrane-analysen, at de forskellige undersøgelser viste modstridende resultater, bl.a. fordi forskerne havde anvendt forskellige metoder. Cochrane-forskerne kunne derfor anbefale at overveje lavenergilasere til smertebehandling af leddegigt-patienter "især fordi det har få bivirkninger", men fandt ingen evidens for virkning ved slidgigt.

"Der er behov for at undersøge effekten af disse faktorer (blandt andet dosering, bølgelængde mm., red.) vedrørende effektiviteten af LLLT ved RA og OA i randomiserede, kontrollerede kliniske forsøg", konkluderede Cochrane-analysen.

Det sidste, som handler om slidgigt, anfægtes imidlertid af den danske fysioterapeut og forsker Christian Couppe, og af Jan Bjordal, som i forbindelse med sin disputats pegede på flere mangler ved Cochrane-analysen, herunder mangelfuld litteratursøgning.

Christian Couppe, som til daglig arbejder med eliteidrætsfolkene i Team Danmark, har gode erfaringer med laserterapi:

"Jeg anvender det altid, når jeg finder grundlag, især ved forskellige former for sene- og ledskader", siger han. "Vi har både sub-akutte og kroniske tilfælde. Og der har laserterapi en god effekt, ofte i kombination med anden behandling, når det handler om at afkorte tiden, til folk kan komme i genoptræning og komme på banen igen. Laseren er med til at dæmpe irritationen og fremme helingsprocessen".

Når Christian Couppe i forbindelse med Danske Fysioterapeuters dokumentationsarbejde over for Sundhedsstyrelsen især pegede på behandlingens anvendelse

indgang

■ Der er efterhånden god evidens for, at behandling med lavenergi-laser mod gigtsmerter er mere effektiv end den traditionelle medicinske behandling, som til gengæld kan have alvorlige bivirkninger.





Ifølge en norsk MTV-rapport er laserterapi potentielt dobbelt så effektiv som smertestillende lægemidler som NSAID.

► ved gigtlidelser, skyldes det, at både han og Jan Bjordal anser gigt for at være det område, hvor man har den stærkeste dokumentation for effekten. Ikke alene for RA, hvor også Cochrane-analysen anerkender en god effekt, men faktisk i endnu højere grad for OA. Her skulle man bare nærlæse de undersøgelser med kritiske briller, som Cochrane-forskerne efter hans og Jan Bjordals mening har fejltolket.

Svagheden i Cochrane-analysen er ifølge Christian Couppé dels, at hovedforfatteren, Lucie Brosseau, har medtaget egne upublicerede data, dels lider af mangelfuld litteratursøgning, fordi hun mangler to relevante studier.

"Hun har ikke set på selve behandlingsproceduren og doseringen. Derfor kommer hun til at inkludere et studie, som efter vores vurdering har anvendt for lav dosering", siger Christian Couppé.

PILLER GØR MERE SKADE END GAVN

Sundhedsstyrelsen fastholdt dog henover sommeren 2004, at laserterapien stadig er "på udviklingsstadiet" og derfor ikke kan anerkendes som tilskudsberettiget: "Der mangler endnu at blive afklaret en række forhold vedrørende LLLT herunder bølgelængde, dosis, varighed og behandlingssted. Før disse forhold er afklaret, kan man på nuværende tidspunkt ikke konkludere, at LLLT har en dokumenteret effekt hverken inden for RA eller OA. Det skal dog påpeges, at der er mest dokumentation inden for RA. Et gode er naturligvis, at der ikke umiddelbart er nogen bivirkninger til behandlingen", hed det i en uformel skrivelse fra Sundhedsstyrelsen til Danske Fysioterapeuter.

Christian Couppé siger hertil, at det netop er forholdene vedrørende bl.a. dosering, bølgelængde, varighed og behandlingssted, der behandles i den undersøgelse, han var medforfatter til sammen med Jan Bjordal (*Bjordal et al. 2003, Aus J Physio, red.*).

Også Danske Fysioterapeuter undrede sig: I MTV-rapporten "Ondt i Ryggen" blev f. eks. manipulationsbehandling til akutte rygproblemer anbefalet på et langt tyndere dokumentationsgrundlag.

Det ønskede Sundhedsstyrelsen dog ikke at forholde sig officielt til: Styrelsen ønskede ikke "at deltage i et overenskomstmæssigt slagsmål", erklærede den daværende sagsbehandler.

Danske Fysioterapeuter har naturligvis en interesse i, at laserterapien bliver tilskudsberettiget. Men det har de ca. 220.000 danskere, der har diagnosen slidgigt, også: Hvorfor skal det være indkomsten, der bestemmer, om danske gigtpatienter kan vælge mellem en

bivirkningsfri behandling, LLLT og en medikamentel behandling med smertestillende lægemidler af typen NSAID.

Dette spørgsmål blev aktualiseret, da British Medical Journal den 4. december publicerede en frisk meta-analyse af, hvordan såvel COX 2-hæmmere som de traditionelle NSAID-stoffer egentlig klarer opgaven.

Det viste sig nemlig, ifølge British Medical Journal, at de ikke var signifikant bedre end placebo til at reducere smerter fra slidgigt i knæet, samt at langvarig brug af disse stoffer bør undgås, så meget mere, som der ikke findes dokumentation for deres langsigtede virkning.

"Vi er noget overraskede over, at den generelt dårlige effekt af NSAID ved slidgigt ikke er blevet opdaget tidligere, i betragtning af sammenhængen mellem slidgigt og ordineringen af NSAID for slidgigtsmerter", sagde professor Jan Bjørdal, som med kolleger ved Bergens Universitet stod for undersøgelsen, der omfattede 23 placebo-kontrollerede forsøg med næsten 11.000 patienter.

NORGE ANBEFALER LASER

NSAID-stofferne, og i særdeleshed lægemiddelgruppen "coxiber", dvs. de selektive COX 2-hæmmere *rofecoxib* (Vioxx) og *celecoxib* (Celebra), har i det seneste par år været i søgelyset for deres utilsigtede virkninger i form af blodprop i hjertet og apopleksi. I efteråret 2004 blev blandt andet Vioxx helt fjernet fra markedet, og hele gruppen af coxiber er sat under skærpet overvågning på de amerikanske og europæiske markeder.

I modsætning til LLLT, som stort set er uden bivirkninger, skønnes NSAID-bivirkninger alene i Storbritannien at være årsag til ca. 2000 dødsfald om året. Spørgsmålet er derfor, om NSAID og coxiber kan fortsætte med at være standarden for behandling ved slidgigt.

I det norske Lægemiddelverkets terapianbefaling for slidgigt fra oktober 2003 hedder det blandt andet om laser-terapien, at "TENS (transkutan elektrisk nervestimulering) og laser har en klinisk signifikant smertedempende effekt (evidensgrad 1a)". Ifølge en norsk MTV-rapport er laser-terapien potentielt dobbelt så effektiv som NSAID-behandling, hvis den doseres rigtigt.

Som konsekvens har de norske myndigheder godkendt tilskud til behandlingen, der lige så stille er ved at blive standardbehandling for nordmænd med knæ smerter på grund af slidgigt.

Det samme er tilfældet i Sverige, hvor det svenske modstykke til Sundhedsstyrelsen i øvrigt (i december

2002) publicerede en rapport om coxiber. Den konkluderer, at de ikke bør overvejes som førstepræparater, og at man bør bruge andre lægemidler end NSAID og coxiber mod smerte. Rapporten konkluderer også, at de afsindigt dyre coxiber effektmæssigt ikke er de traditionelle og billige NSAID-præparater overlegne.

PATIENTER SNYDES

Danmark er dog ikke det eneste land, hvor de offentlige eller private sygesikringer afviser at yde tilskud til LLLT. Også i f. eks. Holland og USA er pengeposen lukket, og det er den med henvisning til blandt andet det omstridte Cochrane-studie fra 2001.

Det ærgrer Christian Couppé, som mener, at mange patienter bliver snydt for en smertebehandling, som er effektiv og nærmest fri for bivirkninger: "Det handler om, at vi har en behandling, som er et alternativ til de øvrige medicinske behandlinger, som når det gælder senelidelser er dokumenterede, men hvor der også er ►


DANSKE FYSIOTERAPEUTER

NYHEDER | KONTAKT | FORENINGEN | KREDSE | FAGFOR/GRUPPER | FRAKTIONER | TILLIDSFOLK

SERVICECENTER

JOB | SERVICE | DEBAT | UDDANNELSE | KURSER | PRAKSIS/PRIVAT | LØN/ANSÆTTELSE | UDVIKLING/FORSKNING | FYSIOTERAPEUTEN

NEDSAT KONTINGENT

Er du arbejdsløs/på barsel med sygedagpenge eller skal du på orlov, kan du ansøge om nedsat fagforeningskontingent. Forudsætningen for nedsættelsen er, at du er fuldt arbejdsledig/ikke arbejder i orlovsperioden. For nedsættelse i juli kvartal, skal ansøgningen være Danske Fysioterapeuter i hænde senest 10. marts.

Læs mere på www.fysio.dk/service/blanketservice

OM FYSIO.DK | 

DANSKE FYSIOTERAPEUTER | NØRRE VOLDGADE 60 | 1359 KØBENHAVN K | DF@FYSIO.DK | TLF. 33414020

Mange patienter bliver snydt for en smertebehandling, som er effektiv og næsten fri for bivirkninger, mener Christian Couppé.



- en væsentlig risiko, når vi taler om ældre mennesker. Især ved slidgigt i knæene er effekten ved den såkaldte betændelsesdæmpende medicin jo meget lille og overskygges af bivirkningerne, som Jan Bjordal lige har dokumenteret i British Medical Journal”.

Christian Couppé ved ikke, hvor mange klinikker for fysioterapi i Danmark, der tilbyder LLLT. Men at den er blevet mere udbredt i de senere år, i takt med den stigende dokumentation for virkningen, er sikkert.

Et kvalificeret skøn lyder på, at langt over 200.000 danskere lider af slidgigt i en grad, som er behandlingskrævende. Gigtforeningen anvender ikke LLLT på sine egne behandlingssteder, da foreningen hidtil ikke har fundet, at der er god nok evidens for effekten. Men foreningens lægekonsulent, Kirsten Andersen, som endnu ikke er bekendt med Bjordals artikel, er positivt indstillet over for behandlingen, såfremt dokumentationen viser sig at være i orden.

Ifølge Christian Couppé er prisen for behandlingen i princippet ikke højere end den pris, det i øvrigt koster at få behandling hos en fysioterapeut.

”Laserbehandlingen er kostneutral og vil altså ikke medføre en forøget udgift for sygesikringen, selv om den blev refusionsberettiget. Jeg synes, det er underligt, at man ikke vil godkende en behandling, som er effektiv og bivirkningsfri, og som er billig og ikke vil øge omkostningen for sygesikringen”.

Christian Couppé understreger, at han ikke selv har økonomiske interesser i en positiv vurdering, der kan gøre behandlingen refusionsberettiget:

”Tidligt i forløbet gjorde jeg mig klart, at det nok skulle komme frem på et tidspunkt, hvis det var tilfældet. Og jeg har faktisk sagt nej tak til tilbud fra producenter af udstyr til laserterapi”, siger Christian Couppé, der heller ikke bryder sig om den måde, nogle af dem markedsfører sig på.

ALLE VENTER PÅ SUNDHEDSSTYRELSEN

Christian Couppé mener ikke, at Sundhedsstyrelsen ved den sidste overenskomstforhandling satte sig grundigt nok ind i materialet og argumentationen, og i Amtsrådsforeningen insisterer Sygesikringens forhandlingsudvalg på, at en tilskudsordning for behandlingen ikke kan overvejes, før Sundhedsstyrelsen har sagt god for evidensen.

”Er evidensen i orden, lyder det ikke som noget urimeligt”, siger konsulent i Amtsrådsforeningen, Miriam Wilmont. ”Men vi ville have det undersøgt, og det skulle ikke ske under en forhandlingssituation, hvor man er under pres”.

Derfor aftalte parterne at nedsætte et fagligt udvalg til at vurdere, om nye behandlinger, herunder lavenergilaseren, er tilstrækkeligt dokumenteret til, at der bør gives refusion.

Danske Fysioterapeuter, Sygesikringen og Sundhedsstyrelsen skal være repræsenteret i udvalget, der får til opgave at anbefale de behandlinger, som ser ud til at have en god og dokumenteret effekt, så de kan blive tilskudsberettigede.

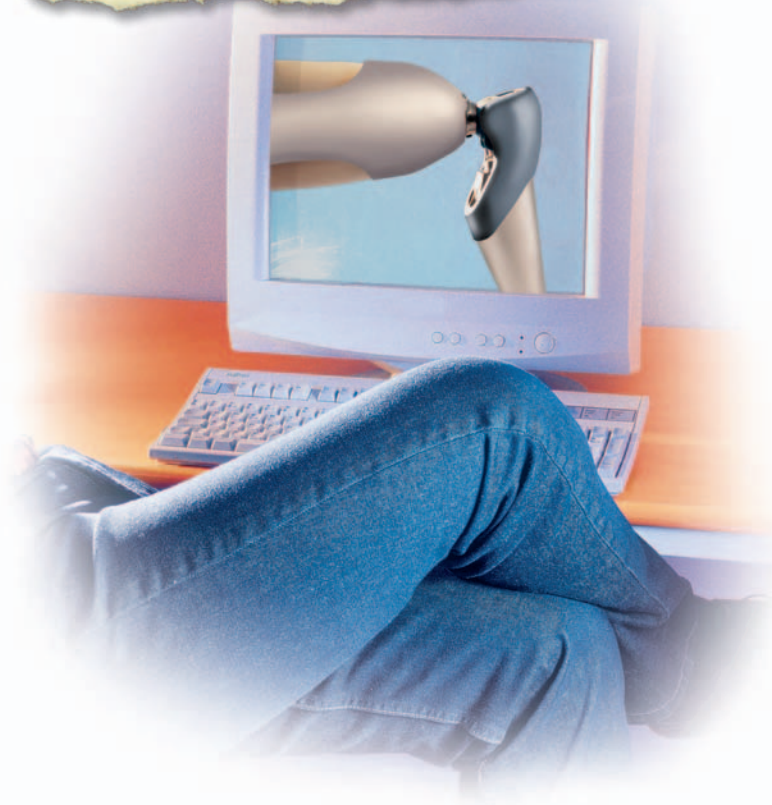
Og sagen om laser-behandlingen skal afklares, inden man skal til forhandlingsbordet igen, understreger Miriam Wilmont.

”Det er jo aftalt mellem parterne, netop for at kunne få færdiggjort en overenskomst”, siger Miriam Wilmont, der gerne så, at sagen for længst var afgjort. ”Men Sygesikringen kan og vil ikke selv vurdere dokumentationen for de behandlinger, der skal ydes refusion til. Her må vi læne os op ad Sundhedsstyrelsen”.

Både i Danske Fysioterapeuter og Amtsrådsforeningen tripper man for at få udvalget sat i arbejde. Men en gennemgribende omorganisering og personudskiftninger i Sundhedsstyrelsen har forsinket udpegningen af en repræsentant herfra til det aftalte faglige udvalg.

I Sundhedsstyrelsen hersker fortsat en vis usikkerhed om spørgsmålet, og ingen kunne ved redaktionens slutning oplyse, hvem der skal repræsentere styrelsen. Ifølge Hanne Christensen afventer Sundhedsstyrelsen stadig en henvendelse fra Amtsrådsforeningen. ■

Selvfølgelig kan du ta' trapperne



Sahva Bandagisten arbejder ud fra mere end 130 års viden og erfaring. I dag anvender vi den nyeste computerteknologi, og er Skandinaviens førende inden for udvikling, design og fremstilling af proteser og bandager.

Vi udvikler hele tiden vores produkter og viden for at hjælpe dig til større velvære og livskvalitet i hverdagen.

Kontakt os og hør mere.

Sahva
- gør det muligt

Sahva A/S • Borgervænget 5-7 • 2100 København Ø. • Telefon 3925 0100 • www.sahva.dk
Sahva • Sahva Auto • Sahva Care • Sahva Ryg-center • Hallgren

Rehabilitering

Kol ■ På Hvidovre Hospital har man gode erfaringer med et rehabiliteringsprogram til patienter med KOL. På sygehuset har man etableret en database, hvor patienternes fysiske formåen og helbredsbedingede livskvalitet registreres. De første 100 patienter har gennemført programmet, der består af individuelt doseret fysisk træning, undervisning, vejtræknings- og afspændingsteknikker, ergoterapeutisk og diætetisk vejledning samt psykosocial støtte. En detaljeret beskrivelse af den fysiske træning findes i en manual fra Danmarks Lungeforening. Inden patienterne startede på rehabiliteringsprogrammet blev de testet med en speciel gangtest, hvor der blev gennemført måling af maksimal iltoptagelse, og hvor træningsintensiteten blev fastlagt. Patienterne skulle gangtræne med en intensitet svarende til 85 procent af maksimal iltoptagelse. Patienterne gennemgik en udholdenhedstest med netop denne intensitet. Alle patienter blev tilskyndet til at gangtræne dagligt og føre træningsdagbog. Træningen på hospitalet bestod af opvarmning, gangtræning og cykeltræning. Patienterne udfyldte et livskvalitetskema (St George Respiratory Questionnaire, SGRQ). Resultatet af rehabiliteringen var, at patienterne forbedrede ganghastigheden og den helbredsbedingede livskvalitet. Patienter, der blev rehabiliteret i vinterperioden opnåede dårligere resultater end de øvrige inkluderede. Rehabiliteringsprogrammet vurderes til at koste cirka 3.000 kr. pr. rehabiliteringsforløb. En detaljeret manual kan rekvireres ved henvendelse til Danmarks Lungeforening: info@lunge.dk

Overlæge Peter Lange, sygeplejerskerne Eva Brøndum og Sophie Bolton og fysioterapeut Gerd Martinez. Rehabilitering af patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse. Ugeskr Læger 167/3, 17. januar 2005, p. 274-79.

Kiropraktoren på nettet

www ■ På Dansk Kiropraktor Forenings (DKF) hjemmeside kan man søge oplysninger om kiropraktik, tilskudsordning, klinikkerne og finde en beskrivelse af DKF's samarbejdspartnere. Det er også muligt at læse tidligere udgaver af Kiropraktoren. Dele af hjemmesiden er offentligt tilgængelig. For at få adgang til Medlemsinformationen kræves adgangskode. www.kiropraktor-foreningen.dk

Konsensus om behandling af hoftefrakturer

Møde ■ Fysioterapeuterne på Hvidovre Hospital ønsker at diskutere den fysioterapeutiske behandling af patienter med hoftefraktur med andre kolleger på landets sygehuse. Derfor afholdes den 11. april en workshop med det ene formål at skabe et fælles grundlag for evidensbaseret fysioterapi til hoftefrakturpatienter. Workshoppen henvender sig til alle fysioterapeuter, der arbejder med hoftefrakturpatienter under primær indlæggelse. Det er tanken, at der på dagen pro-

duceres et konsensusdokument. Udgangspunktet for udarbejdelsen af dette dokument vil være oplæg fra læger og fysioterapeuter og den diskussion, der er lagt op til mellem deltagerne. På www.hvidovrehospital.dk/hhfysioterapi-sektion.nsf kan man finde en liste over litteratur, der vil være relevant at læse som forberedelse til workshoppen, og man vil finde dagens program og tilmeldingsblanket. Resultaterne fra workshoppen vil blive publiceret på Hvidovre Hospitals fysioterapis hjemmeside, på fysio.dk og i Fysioterapeuten. Frist for tilmelding d. 18. marts.

Fire hjemmeøvelser med stor effekt

Ældre ■ Et norsk studie har vist, at der er store mentale gevinster forbundet med at træne med andre. Mens både hjemmetræning og træning i gruppe superviseret af fysioterapeut gav en positiv effekt på funktionsevnen, var det kun de ældre, der havde trænet i gruppe, der havde fået en psykisk gevinst

ved at træne. Fysioterapeut Jorunn Helbostad, dr.med. professor Olav Sletvold og professor, fysioterapeut Rolf-Moe-Nilssen fra Norge har publiceret resultaterne af to studier om effekt af træning til svage ældre i det norske Fysioterapeuten. Læs mere på www.fysio.dk

Undervisningsmateriale om ernæring

Ernæring ■ Mejeriforeningen udgiver materiale om ernæring, der kan benyttes til såvel undervisning som almindelig informationsmateriale. Der findes således materiale om skøre knogler, omsorg

gennem mad og drikke, sund mad hele livet, laktosetolerance mv. Der findes plakater om de syv kostråd, om kalcium og knogleskørhed. Materialerne kan bestilles på www.mejerigtigklog.dk

Ondt i ryggen

Ugeskrift ■ Halvdelen af de erhvervsaktive har ondt i ryggen i løbet af et år. Det er derfor vigtigt, at arbejdspladserne og arbejdets organisering tilpasser sig ansatte med ondt i ryggen. Overlægerne Johan Hviid Andersen, Henrik Kolstad, Niels Ebbenhøj og Tom Bendix har i en statusartikel i Ugeskrift for Læger beskrevet sammenhængen mellem arbejde og forekomsten af ondt i ryggen.

De gennemgår i artiklen årsagsmodeller, udløsende faktorer og forebyggelse for de 80 procent af ondt i ryggen, der ikke kan sættes en diagnose på. Selv om undersøgelser har vist, at tungt fysisk arbejde, arbejde i akavede stillinger og helkropsvibrationer kan medføre ondt i ryggen, er årsagssammenhængen kompleks. En af grundene til, at det tunge fysiske arbejde skulle medføre ondt i ryggen, kunne være, at netop mennesker med ondt i ryggen ikke kan tåle at arbejde med tunge belastninger. De psykosociale forhold spiller også en rolle for udvikling af smerter i ryggen. Mennesker, som er utilfredse med jobbet har større risiko for at få kronisk rygsmerter. Også sociale faktorer har betydning; det kan være risiko for arbejdsløshed, pensionsforhold, erstatningssag mm. For at forebygge lænderygbesvær er det vigtigt at sætte fokus på arbejdet. For selvom det ikke er helt klart, om de patologiske tilstande udløses af arbejdet, er der ingen tvivl om, at arbejdet kan fremprovokere smerter. Artiklens forfattere anbefaler derfor, at man på arbejdspladserne forsøger at tilpasse arbejdet, så mennesker med rygproblemer kan tåle at blive på jobbet. "I Cochrane-gennemgange har man ikke fundet nogen forebyggende effekt af specifikke træningsprogrammer over for akutte rygsmerter, men måske en effekt over for kroniske smerter med hensyn til tilbagevenden til

normal aktivitet", skriver forfatteren i artiklen i Ugeskrift for Læger. Der foreligger endnu ikke evidens for effekten af ergonomiske tiltag på arbejdspladsen, og det ser ikke ud, som om en reduktion af arbejdsbelastningen i sig selv fører til færre rygproblemer. Det ser ud til, at smerteopfattelsen har ændret sig i dag, og at mennesker i højere grad end tidligere ser smerter som et faresignal. Derfor ligger den største gevinst i smertebehandlingen ifølge forfatterne i at lære patienterne at tackle smerterne og hurtigt komme tilbage til arbejdet. Det er vigtigt, at arbejdspladserne inddrages i bestræbelserne på at reducere antallet af mennesker med lænderygbesvær. Udfordringen ligger i at tilpasse arbejdet og organiseringen til de ansatte med ondt i ryggen.

Overlægerne Johan Hviid Andersen, Henrik Kolstad, Niels Ebbenhøj og Tom Bendix. Ondt i ryggen og arbejdet. Ugeskr Læger 167/5, 31. januar 2005, p. 493-96.

fysnyt

Alternativ behandling

Gigt ■ Gigtforeningen har lanceret en ny hjemmeside, hvor man kan finde information om alternativ behandling. TENS, massage, kulde/varme, magnetterapi og akupunktur. Der oplyses om de enkelte behandlings dokumenterede virkning, eventuelle bivirkninger. Der gøres endvidere opmærksom på tilstande, hvor behandlingen ikke må benyttes, eller hvor der eventuelt skal udvises forsigtighed. Læs mere på gigtforeningen.dk/alternativbehandling

Bliv opdateret inden for geriatri

Norge ■ Det norske Formidlingscenter for Geriatri har samlet relevant litteratur på ældreområdet på deres hjemmeside. Her kan man finde referencer til systematiske oversigter, guidelines, artikler om forebyggende behandling, links til andre hjemmesider om geriatri mv. Man kan finde specifikke referencer på for eksempel ældre og fysisk aktivitet, aldringsteorier og fald.

Læs mere på <http://www.uib.no/isf/nfg/index.htm>



FOTO: ANNE-LI ENGSTRÖM

En strid om ord og holdninger

"Handicappede" - eller "mennesker med handicap". Forskellen er ens. Nej, den er enorm. En strid om ord - og holdninger - præger rehabiliterings- og handicapområdet. Og det er også en faglig debat for fysioterapeuter

AF JOURNALIST JENS STUBKJÆR
FOTO ALEXANDROS VLACHOS/ SCANPIX

"Politisk korrekt sprog" er der nogle, der kalder det. For andre betyder det bare, at man opfører sig ordentligt over for andre mennesker – også sprogligt. Meningerne er delte om den seneste udvikling i sproget. Nye ord og en veritabel sprog-bevægelse, der sætter mennesket før handicapet, siver frem over alt. Mange har forståelse for begge sider af sagen og vakler, når de rette ord skal vælges.

Er det nu patienter, klienter, brugere eller borgere, vi har med at gøre? Er det handicappede eller mennesker med handicap? Er det udviklingshæmmede børn, børn med funktionshæmning, børn med generelle indlæringsvanskeligheder eller retarderede børn?

KÆRT BARN HAR MANGE NAVNE

Formanden for Børnefysioterapeuterne, Hanne Nielsen, arbejder på Stensagerskolen i Viby. Det er en specialskole i Århus Amt, for – øh.....?

"Ja, kært barn har mange navne", siger Hanne Nielsen. "Især hvis vi tager udviklingen med fra gamle dage, da det var åndssvage børn og evnesvage børn. I dag hedder det vel børn med generelle indlæringsvanskeligheder. Det kan også være børn med udviklingsforstyrrelser. Det er jo ikke så længe siden, man kaldte dem udviklingshæmmede, men det er bedre at sige børn med generelle indlæringsvanskeligheder", mener Hanne Nielsen.

At udviklingen går hurtigt, og meningerne måske også er delte, illustreres af, at den specialskole, hvor Hanne Nielsen arbejder, på deres hjemmeside forkender, at skolen er for 180 *fysisk og psykisk udviklingshæmmede* børn i alderen 6-18 år.

"Udviklingshæmmet er nok mere præcist end at sige børn med generelle indlæringsvanskeligheder", medgiver Hanne Nielsen. "Og folk forestiller sig ofte børn, der er bedre fungerende, end dem, vi har her, når man siger, det er børn med generelle indlæringsvanskeligheder. Hvis jeg siger, at børnene på den her





"Hvis man kan mærke en medmenneskelighed både i det, der bliver sagt og i tonen, så betyder det ikke så meget, om folk kalder mig kørestolsbruger eller ham den handicappede", siger René Nielsen. Her ved Paralympics i Athen i 2004.

skole er retarderede i en eller anden grad, så forstår folk bedre, hvad det handler om. Men retarderede er ikke et ord, jeg bruger på skrift, ikke længere".

"People First Language" (se faktaboks) er en bevægelse, Hanne Nielsen bøjer sig for på sit felt. Hun taler derfor hellere om børn med handicap end om handicappede børn. "Selvom det er lidt svært at vænne sig til det. Jeg skulle tygge lidt på den, og den er ikke 100 procent indarbejdet", indrømmer Hanne Nielsen.

"Det var lettere og mere mundret at sige handicappede børn. Men når man siger børn med handicap, så fremhæver man, at det er et barn, og så har det godt nok et handicap. I stedet for at det er handicappet, der kommer i første række".

For Hanne Nielsen er det ikke et spørgsmål om at udtrykke sig politisk korrekt, men om den holdning, ordene signalerer.

"Jeg kan bedst lide ord, der åbner op i stedet for at lukke. I de nye udtryk er der større udviklingsmuligheder, mere fremtid. Og jeg tror, at hver gang man har ændret ord og begreber, har man gjort det for at skabe nye muligheder", siger Hanne Nielsen.

KLIENT FORBUDT

Da Danske Fysioterapeuters hovedbestyrelse sidste år diskuterede foreningens etiske retningslinjer, gik en del af diskussionen på, om man burde finde et andet ord end "patient".

"På min arbejdsplads må man hverken sige klient eller patient", fortalte hovedbestyrelsesmedlem Solvejg Pedersen dengang, mens formand Johnny Kuhr lukkede diskussionen med en henstilling til etisk udvalg om at ►

fakta om...

"People First Language"

Nye ord og nye begreber kan repræsentere en reel fornyelse i virkeligheden eller nye holdninger. "People First Language" er en sådan sproglig bevægelse. Altså nævn mennesket først og eventuelt handicap eller sygdom siden hen. For mennesket er det vigtigste, og handicappet jo blot et enkelt aspekt af mange ved den person. Bevægelsen startede i USA allerede i 1980'erne, men påvirker nu for alvor dansk sprogbrug.

- finde et andet ord end patient for "vore handleobjekter", som han formulerede det.

"Nej, det er ikke så nemt, det med sproget", tilstår Solvejg Pedersen, der arbejder på Ældrecenteret Diakonissestiftelsen under Frederiksberg Kommune.

"De har heddet klienter hos os, men nu hedder de brugere. Det var et tiltag fra Frederiksberg Rådhus. Så vi har hverken patienter eller klienter hos os".

Solvejg Pedersen er helt med på, at man må være enige om, hvilke ord man anvender, men hun er ikke begejstret for ordet brugere: "Jeg synes, det er et dårligt ord. Det er jo også et udsagnsord, og det ser

ord skaber ikke forandring i sig selv. Meget af det er gammel vin på nye flasker. Det ændrer ikke virkeligheden", mener hun.

"Vi skal behandle folk med respekt, og det kan vi ikke gøre med sprog alene, men det hører med.

Den signalværdi, der ligger i ordene, skal hænge sammen med vore reelle tilbud. Det er ikke nok bare at ændre et ord".

På Rehabilitation International's store konference i 2003 i Sydafrika oplevede Solvejg Pedersen, at en snak om ord var som krudt med kort lunte: "Der blev diskuteret med liv og sjæl. Der er kæmpe følelser i diskussionen om People First Language", konstaterer hun.

Men et andet ord end patient for vore handleobjekter – hvordan gik det med det? "Ha ha - nej, det har vi ikke fundet endnu", fortæller Solvejg Pedersen og citerer fra de etiske retningslinier: "Patient bruges her som gennemgående begreb,

men dækker også klient, bruger og borger, der alle er eksempler på brugere af fysioterapi. Når betegnelsen patient bruges i retningslinierne, er det en redaktionel forenkling, der er valgt af hensyn til læsbarheden".

MENNESKER MED HANDICAP

Som idrætskonsulent på Handicapidrættens Videnscenter i Roskilde har Anne-Merete Kissow diskussionen om "People First Language" tæt inde på livet.

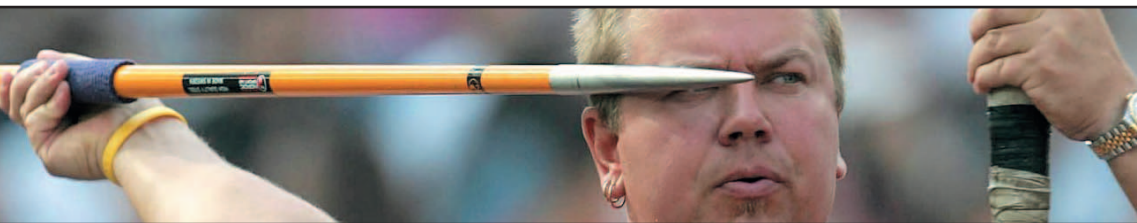
"Hvis man som handicappet person ønsker at se sig som menneske først og handicappet siden, så er det utrolig vigtigt, hvilke ord man bruger. På den anden side, er der nogle, der siger, at det er egentlig ligegyldigt, for jeg er jo mig.

Hele handicapbevægelsen er inde i den strid. Man nægter at forstå hinanden. Man kan måske heller ikke", fortæller Anne-Merete Kissow. Hun er uddannet fysioterapeut og har undervist på Fysioterapeutskolen i Holstebro i 20 år, før hun startede på Handicapidrættens Videnscenter i 2001. Her bruger man menneske først sproget, og det støtter hun.

Som fysioterapeut er Anne-Merete Kissow klart til kroppen som menneske – ikke maskine. Som idrætskonsulent for mennesker med handicap fokuserer hun mere på relationer og sprog end på fysisk tilgængelighed:

"Det er holdninger, der bestemmer. Det er sociale modeller, der bestemmer, hvordan handicappede bliver opfattet – og det er sproget en vigtig del af", mener hun og giver et hip til handicaporganisationerne:

"De fokuserer på de fysiske rammer, men bare fordi du flytter dørtrin og trapper, så forandrer du ikke på, om man bliver socialt inkluderet. Der er sproget ufatteligt vigtigt.



forkert ud i en journal. Så var klient bedre. Brugere er sådan et kræve-ord på mange måder, og tæt på forbrugere. Skal vi væk fra klient, så synes jeg ordet borgere ville være bedre".

Og den holdning deler hun med Rehabiliteringsforum Danmark, hvor Solvejg Pedersen repræsenterer DF i bestyrelsen. Et samarbejde med i alt 35 organisationer.

I et oplæg om ord og holdninger fra forummets tænketank i 2004 hed det, at "Handicappede skal ikke længere se til, mens fagfolk beslutter, hvad der skal ske med deres liv. Fremover skal den handicappede gå fra at være bruger i et system til at være borger i et samfund. (...) Tidligere var det fagfolk, der satte kursen. Det skal være slut nu. Nu skal brugerne være borgere og stå ved roret med fagfolkene som besætning, så samarbejde og helhed bliver en del af livet for handicappede".

Det nye ord, borgere i stedet for brugere, er tydeligvis ikke en uskyldig sprogreparation, men et varsel om nye tider og nye holdninger. Endnu er det ikke blevet til et dekret fra Frederiksberg Rådhus, og ord alene er heller ikke nok for Solvejg Pedersen: "De nye

fakta om...

Reparation af sproget

For at undgå at såre menneskelige følelser har vi gennem århundreder repareret på sproget, når det var nødvendigt. Smidt gamle ord ud og sat nye på gamle begreber. På sprogets losseplads finder vi f.eks. dårekiste, galeanstalt eller sindssygehospital. Krøblinge, vanføre og invalide er på vej derhen, men kan endnu bruges i begrænset omfang. På genbrugspladsen finder vi gode ord som idiot, tosset og åndssvag, der nu finder anvendelse et stykke fra deres oprindelige betydning.

Når du siger "ham kørestolsbrugeren", hvad mener du så? Mener du, at du ser kørestolen før personen? Det er jo det, du siger. Du bruger ord som stempler. Er det sådan, han skal forstå sig selv?

Som fagpersoner må vi stille spørgsmål ved det, vi siger. At tage sproget op er en faglig debat. Mange synes, det er noget værre krakileri, men jeg tror, det betyder rigtig meget", siger Anne-Merete Kissow uddyber:

"Det er vigtigt, vi ikke bruger nogle ord, som udøver magt over andre. Hvad vil vi med vores faglighed? Vil du holde patienterne fanget i en eller anden form for forståelse? Det er jo det modsatte af det, vi normalt arbejder for, som vi kalder empowerment. Vi siger med vores sprog, at du er faktisk ikke rigtig noget værd, uden at jeg er der".

Anne-Merete Kissow indrømmer, at det kan gå ud over det sproglige flow: "Det er et problem. Vi har diskuteret det her meget. Hvor skal vi stille os?"

Men Anne-Merete Kissow er ikke i tvivl: "Vi skal prøve at være så ordentlige som muligt. Med et sprog som taler ordentligt om de mennesker, fordi vi rent faktisk ikke ved, hvordan det er at være handicappet. Man må hele tiden være ydmyg, undgå at stemple. Alligevel kan vi komme til det, uden at ville det. Noget andet er, hvis man kender hinanden. Så kan jeg da godt sige: Flyt dig din spasser, hvis jeg ved, at vi har det forhold. Men når du møder et menneske med et handicap første gang, f.eks. som fysioterapeut, så er det utrolig vigtig at være meget forsigtig og møde det menneske så neutralt som muligt og respektere vedkommende".

SE MENNESKET

"Jeg tager mig ikke så meget af, hvad andre siger. Det vigtigste for mig er, at jeg som menneske kommer "først" - og mit handicap eller min kørestol kommer efter. Det er min opgave at sørge for det. Hvis jeg ikke har gjort det godt nok, så er det jo mig, der har problemet". René Nielsen skyder ikke skylden på andre. Han har gjort det til en sport selv at tage ansvaret.

For 14 år siden kappede et tog på Ringsted Station begge hans ben af lige under hoften. Men han vendte ulykken til en udfordring. Og kæmpede sig - blandt meget andet - til medaljer ved paralympics i Athen sidste år.

"Vi har jo lært gennem hele vores opvækst at kigge på fejlene først. Så derfor er det første, man lægger mærke til hos mig, de ben, jeg ikke har. Derfor er jeg nødt til at udstille det meget grotesk, så vi kan komme videre til det, det drejer sig om".

René Nielsen er forsigtig med at udtale sig for bstant om "People First Language": "Det er jo en broget minoritetsgruppe, jeg er en del af. Andre har måske

større problemer end jeg og er mere afhængige af andre mennesker, men vi hører under samme hat. Derfor må jeg erkende, at jeg tilhører en minoritetsgruppe, som jeg skal være loyal overfor. Vi er også forskellige som gruppe. Nogle vil helst ikke være det, de er. De vil slet ikke betegnes som handicappede, og siger "det er vi vel alle sammen". På den måde kan man forsøge at høre til majoriteten. Da jeg var dreng, kaldte man dem spassere. I dag skal det være fagudtryk, som de færreste forstår", konstaterer René Nielsen.

"Menneske med handicap må være det mest politisk korrekte. Så har man jo sagt, at man tror, der også er et menneske..."

Efter hans opfattelse er det meget forskelligt, hvor alvorligt mennesker med handicap tager det med sproget, men han ser et mønster:

"For dem, jeg kender, som er sen-handicappede, hvor det ikke er medfødt, er det enormt vigtigt at fastholde mennesket først og handicappet bagefter. For dem er det som at blive meldt ud af fællesskabet, og det vil de ikke acceptere som noget permanent.

Men mange, jeg kender, der har været handicappede altid, betragter sig bare som dem i en minoritetsgruppe, og så prøver de at få det bedste ud af livet".

Efter ulykken vendte René Nielsen tilbage til sit bankjob, men droppede det og underviser i dag pædagogstuderende i idræt, holder foredrag og dyrker idræt på eliteplan. Et råd til sprogbrugere med fysioterapeutisk arbejde?

"Se mennesket. Hvis man kan se mennesket i den, man sidder overfor, så er man i hvert fald godt på vej. Hvad, man kalder det, er ikke så vigtigt. Hvis man kan mærke en medmenneskelighed både i det, der bliver sagt og i tonen, så betyder det ikke så meget, om folk kalder mig kørestolsbruger eller ham den handicappede. Jeg har jo også være patient. Jeg føler, det er dejligt, hvis der bliver taget lidt hensyn til, hvor jeg har min force. Som fysioterapeut er det med at finde de ressourcer, man skal nå ind til for at kunne behandle fysioterapeutisk. Det er måske det nye, at der bliver set mere på de ressourcer, man har. Såh... se mennesket"! ■

fakta om...

LINKS

- Et glødende indlæg for People First Language af Kathie Snow - www.disabilityisnatural.com/peoplefirstlanguage.htm * Et begrundet nej tak til "People First Language" af C. Edwin Vaughan fra USA's Blindesamfund - www.blind.net/bpg00006.htm
- Handicapidrættens Videnscenter - www.handivid.dk
René Nielsen - www.foredragsholdere.dk/Nielsen%20Rene.htm
Stensagerskolen - www.stensagerskolen.dk

Seksuelle overgreb



Misbrug ■ Den mandlige kønsrolle gør det svært at se manden som offer. Derfor møder den misbrugte mand sjældent opmærksomhed og forståelse for de problemer, det seksuelle misbrug har skabt for ham i hans voksne liv. Bogen beskriver de kønspecifikke følgevirkninger af seksuelt misbrug, som manden lever med, og hvordan han gennem gruppeterapi med andre misbrugte mænd kan begynde at

hele de sår, som barndommens overgreb har efterladt.

Jette Lyager og Lone Lyager. "At bestige bjerge" VFC Socialt Udsatte 2005 33170900. 246 sider, 150 kr.

Kroppens sprog



Terapi ■ Bioenergetik er en terapiform, der tager udgangspunkt i kropssproget for at helbrede sindet. Personligheden ses som en kombination af krop og bevidsthed. Kroppen er medbestemmende for, hvad vi tænker, føler og gør. Med bioenergetikken kan man nå ind til de undertrykte følelser og analysere de psykiske forsvar. Terapien bliver en rejse i selverkendelse.

Alexander Lowen "Bioenergetik" Borgens Forlag, 381 sider. 349 kr.

Gynækologi



Lærebog ■ En pædagogisk opbygget lærebog som dækker spektret af gynækologiske sygdomme med grundig redegørelse for diagnostik, behandling og vejledning. Redaktionens mål har været at bevare en samlet lærebog i gynækologi på et højt fagligt og evidensbaseret niveau.

Bent Ottesen, Ole Mogensen og Axel Forman (red.) "Gynækologi". Munksgaard Danmark forlag. ISBN 87-628-0403-0. 408 sider. Pris 628 kr. inkl. moms.

Destruktiv ledelse



Mobning ■ Bogen er en ajourført udgave af den første danske bog om arbejdspladsmobning fra 2002. Det nye i bogen er bl.a. en gennemgang af tre retssager, hvor ofre mod al forventning taber. Der indgår også en række autentiske og hårrejsende beretninger fra danske arbejdspladser.

Anne-Grete Jelstrup og Hans-Otto Loldrup. "De onde og de dumme". Forlaget Frydenlund. 224 sider og 198 kr.

I kollegernes klør

"Forløbet gav mig anledning til at overveje, hvad det er for en urimelig situation, vi en gang imellem sætter patienter i".

Ordene stammer fra professor Tom Bendix, der i et interview med Ugeskrift for Læger fortæller om, hvordan han efter et styrt på sin cykel pludselig gik fra at være rygprofessor til at være hjælpeløs patient.

Fysioterapeutens redaktion er interesseret i at høre fra fysioterapeuter, der har været i samme situation, og som har oplevet genoptræning på egen krop.

Send os en mail på
redaktionen@fysio.dk

eller gå ind på
www.fysio.dk

og fortæl os om oplevelserne
som patient.

- Hvorfor havde du behov for genoptræning?
- Havde du problemer med at få den nødvendige genoptræning?
- I hvilket regi foregik genoptræningen?
- Hvordan reagerede du på at være i patientens rolle?
- Hvordan reagerede din(e) fysioterapeut(er) på, at du selv var fysioterapeut?
- Var du en "bedre" patient, end folk uden for faggruppen normalt er?
- Eller var du tværtimod en mere besværlig patient?
- Var det, som du havde forventet, eller var der noget der overraskede dig ved pludselig at se tingene fra en anden side?
- Har det ændret din tilgang til patienterne, at du har været i rollen selv?

Hjælp Fysioterapeutens redaktion med at give dine kolleger et blik på fysioterapien set fra patientens side.



Fagfestival

DANSKE FYSIOTERAPEUTER

Fagfestival 2006

Odense Congress Center



Sæt X i kalenderen 23. – 25. marts 2006

Få faglig inspiration og oplev social samvær med kollegaer fra hele landet

Fagfestival "Fysioterapi i bevægelse"

Du kan opleve:

- Foredrag fra ind- og udland
- Praktiske workshops
- Forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter
- Café dialog
- Posterpræsentationer
- Paneldebatter
- Firmaudstillinger
- Uddeling af Danske Fysioterapeuters Forskningsfonds pris

Alle faggrupper, fagfora og fraktioner samt Danske Fysioterapeuters sekretariat vil være repræsenteret.

Pris: 1.850 kroner for ordinære medlemmer og gæster og 950 kroner for fysioterapeutstuderende.

Fra evalueringen af fagfestivalen i november 2003:

- 98 ud af 100 deltagere vurderede, at programmet var godt eller meget godt
- 9 ud af 10 deltagere bedømte det faglige niveau til at være højt eller meget højt
- På 13 skalaen fik fagfestivalen samlet karakteren 10,2

Følg med i Fysioterapeuten og på fysio.dk for yderligere oplysning om program og tilmelding.





Bedre – men ikke godt nok

Der er sket en positiv udvikling i det fysioterapeutiske tilbud til nakkepatienter. Flere patienter får aktiv behandling og information, men manuel vævsbehandling udgør stadig en for stor del af behandlingstilbuddet

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK
FOTO CHAUMON, POLFOTO

Selvom der foreligger evidens for udholdenhedstræning til patienter med nakkeproblemer, viser en spørgeskemaundersøgelse, at det kun er 15 procent, der får tilbudt træning i forbindelse med behandling hos fysioterapeuten. 302 praktiserende fysioterapeuter har gennemført en audit om ondt i nakken. Resultaterne skal bruges til se kritisk på praksis med henblik på at forbedre kvaliteten i behandlingen.

I september og oktober måned 2004 registrerede de praktiserende fysioterapeuter, der deltog i nakkeaudit, alle deres konsultationer med patienter henvist fra lægen. Patientens hovedproblem skulle være "ondt i nakken" (se faktaboks side 19). Kravet var, at hver fysioterapeut skulle registrere 50 konsultationer eller dem, der var i en 5-ugers periode. I gennemsnit

blev der registreret 36 konsultationer, i alt 10.594. Tre fjerdedele af patienterne var kvinder.

MANUEL VÆVSTERAPI HITTER

To tredjedel af de patienter, der blev registreret, har haft symptomer over tre måneder og det var typisk dem, der både havde symptomer fra både nakke og thorax eller nakke og hoved.

Nedsat bevægelighed og abnorme bløddelsfund forekom hos 70 procent af patienterne.

Manuel vævsterapi viste sig at være den hyppigste behandlingsform. De fleste patienter får information og rådgivning samt hjemmeøvelser i starten af behandlingsforløbet, og det ser ud til, at kvinder prioriterer rådgivning højest og i det hele taget bruger et større spekter af fysioterapi til at behandle nakkepatienterne med. Ældre fysioterapeuter giver mere kulde/varme, elterapi og hjemmeøvelser end deres yngre kolleger.

indgang

■ De første resultater fra audit "Ondt i nakken" foreligger. Undersøgelsen giver et vigtigt fingerpeg om, hvordan fysioterapeuter som helhed behandler deres nakkepatienter. Fysioterapeuten har talt med ph.d. Tom Petersen om resultaterne af audit på nakkeområdet.

ALLE SKAL HAVE ØVELSER

Fysioterapeuten har bedt ph.d., fysioterapeut Tom Petersen og projektmedarbejder Esben Riis fra Danske Fysioterapeuter om at kommentere hovedtendenserne i undersøgelsen, der er publiceret i et mindre hæfte, som er udleveret til alle deltagerne i undersøgelsen.

Af hæftet fremgår, at information og rådgivning udgør 56 procent af den behandling, der gives (figur s. 20).

Tom Petersen undrer sig over, at information og hjemmeøvelser ikke har den højeste prioritet, når de fleste patienter i undersøgelsen er kronikere. "Information og øvelser er en vigtig del af behandlingen for denne patientgruppe, og derfor burde information og øvelser vel have scoret 100 procent i opgørelsen. Der er evidens for, at rådgivning og hjemmetræning er den bedste behandling for patienter med kroniske smerter. Selvom der ikke er lige så meget forskning specifikt på nakkeområdet, som på lænderygområdet, kan vi sagtens overføre den viden, vi har", siger Tom Petersen.

Information og rådgivning spiller en større rolle end tallene i opgørelsen umiddelbart lægger op til, forklarer Esben Riis. Ved at kombinere de mange forskellige besvarelser i undersøgelsen, kan han se, at en tredjedel af patienterne ikke får information og rådgivning i den periode, man registrerede behandlingerne til audit. "Men vi kan også se, at 9 ud af 10 patienter fik information og rådgivning i starten af behandlingsforløbet. Man bliver let snydt af, at en del af patienterne var midt inde i deres behandlingsforløb, da auditundersøgelsen startede. Patienterne havde måske allerede fået information og rådgivning, inden fysioterapeuterne begyndte at registrere", siger Esben Riis. Det er især kvindelige fysioterapeuter, der bruger tid på at rådgive patienterne, og de kombinerer flere elementer af fysioterapi i behandlingen af patienterne end deres mandlige kolleger.

TRÆNING

Kun 15 procent af patienterne fik tilbudt udholdenhedstræning under registreringen til nakkeaudit, og over en tredjedel har ikke fået hjemmeøvelser.

The Philadelphia Panel (1) udarbejdede i 2001 anbefalinger på nakkeområdet, og træning var den eneste anbefaling. De flere hundrede praktiserende fysioterapeuter i USA, som havde The Philadelphia Guidelines til høring, var enige i anbefalingen.

En evidensbaseret træning til patienter med nakkeproblemer vil ifølge Tom Petersen indeholde stabilitetstræning, proprioceptiv træning og isometrisk udholdenhedstræning. Resultaterne fra undersøgelser med dynamisk træning er derimod modsatrettede, og der foreligger endnu ikke tilstrækkelig evidens for dette. At øvelserne fylder relativt lidt i opgørelserne fra nakkeaudit tyder ifølge Tom Petersen på, at mange

fysioterapeuter endnu ikke følger de anbefalinger, der foreligger.

LEDMOBILISERING OG MANIPULATION

Ledmobilisering og ledmanipulation til nakkepatienter bør ikke stå alene som behandling. Det fremgår af et review publiceret i Cochrane databasen i 2004. "Den viser, at ledmobilisering eller ledmanipulationer kun giver bedre effekt end andre typer behandlinger, hvis de er i kombination med øvelser", siger Tom Petersen.

Ledmobilisering udgør en stor del af den fysioterapeutiske behandling, og Esben Riis oplyser, at ledmobilisering oftest kombineres med mobilitetstræning og ikke muskulær træning, som Tom Petersen lægger op til.

Det kunne ifølge Tom Petersen være interessant, hvis audit havde opgjort de tilfælde for sig, hvor patienternes vigtigste symptom var hovedpine. Her er der nemlig en tendens til at manipulation og mobilisering alene har effekt, dog kun i sammenligning med ingen behandling.

Manuel vævsbehandling gives til de fleste af patienterne. Halvdelen af de behandlinger, hvor der indgik manuel behandling, blev kombineret med mobilitetstræning, hjemmeøvelser og information og rådgivning.

Der findes ifølge Tom Petersen meget få kontrollerede studier af effekten af massage til nakkepatienter. "Fra kvalitative og deskriptive undersøgelser ved vi, at patienterne føler de har færre smerter og bedre velbefindende efter behandlingen", siger Tom Petersen.

UDDANNELSE

Ældre fysioterapeuter adskiller sig fra de øvrige ved at være mere tilbøjelige til at give deres patienter kulde og varme. De kombinerer typisk denne behandling med hjemmeøvelser og information og rådgivning.

"Vi kan også se, at jo mere efteruddannelse man har inden for området, des mindre kulde og varme benytter man i behandlingen" siger Esben Riis. ►

fakta om...

Ondt i nakken

Patienterne i auditregistreringen skulle være henvist til fysioterapeut med ondt i nakken. Dette defineres som smerter eller gener i eller omkring nakkehvirvelsøjlen, og/eller smerter eller gener i andre regioner, som antages at stamme fra nakkehvirvelsøjlen.

fakta om...

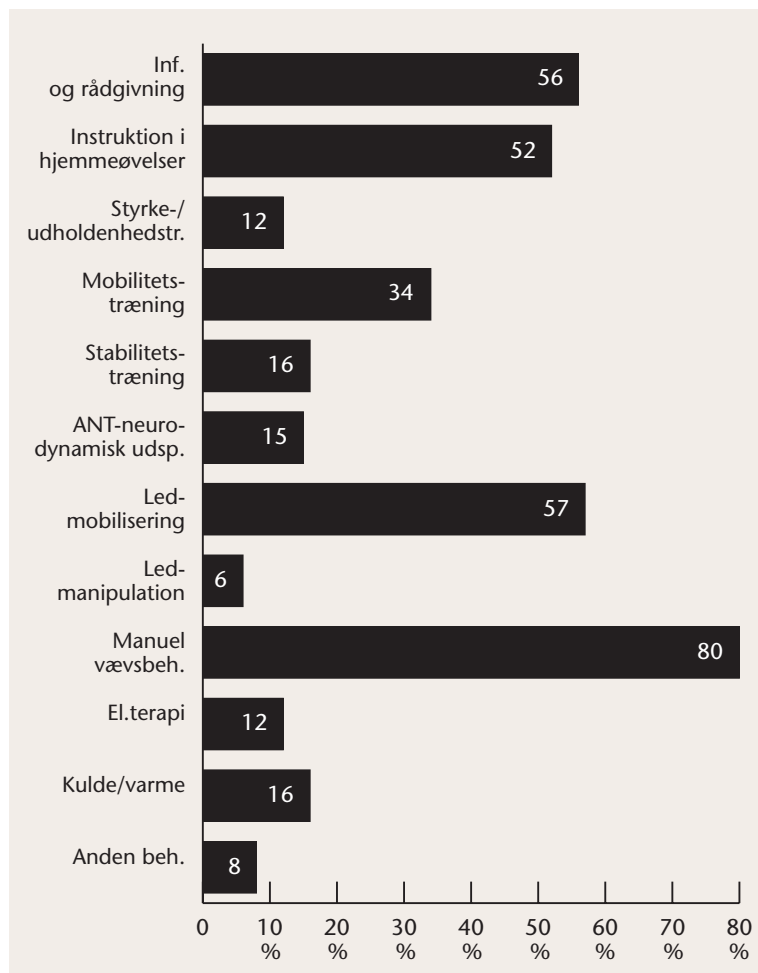
Baggrundsgruppe

Danske Fysioterapeuter har i samarbejde med APO (Audit Projekt Odense) gennemført en audit på nakkeområdet. Siden foråret 2003 har en arbejdsgruppe udviklet og afprøvet et pilotprojekt om "Ondt i Nakken". Baggrundsgruppen består af fysioterapeuterne Gurli Petersen, Karin Siggard, Bent Mikkelsen, Kurt Nyby, Ejnar Thorsen og Morten Høgh i samarbejde med Esben Riis fra Danske Fysioterapeuter og Anders Munck fra APO.

- Den typiske behandling hos fysioterapeuten består ifølge opgørelsen fra nakkeaudit af: Manuel vævsbehandling, hjemmeøvelser og mobilitetstræning. Mange patienter selvtræner på klinikkerne eller deltager i holdtræning, men ikke alle disse aktiviteter er registreret konsekvent

FIGUR 1

Hyppigheden af fysioterapeuternes anvendelse af de enkelte interventioner i en konsultation, angivet i procent. Typisk gives mere end én intervention.



af alle. "Det må vi tage på os i planlægningsgruppen. Selvom vi synes, den skriftlige vejledning meget tydeligt og eksplicit siger, at al lægehenvist behandling og træning skal registreres, kan vi konstatere, at der har været en underregistrering af holdtræning og opfølgende træningsterapi" siger Esben Riis.

AUDIT GIVER VIGTIGE OPLYSNINGER

Selvom det kan være svært at udlede entydige resultater ud fra en audit, mener Tom Petersen, at den giver et fingerpeg om, hvilken behandling fysioterapeuter giver deres patienter. "Resultaterne fra den danske audit stemmer godt overens med resultaterne fra en svensk undersøgelse. Mere end halvdelen af fysioterapeuterne i undersøgelsen kendte ikke til de eksisterende guidelines, og kun 40 procent af den sidste halvdel syntes, at guidelines kunne bruges i daglig praksis", siger Tom Petersen.

Selv om kvaliteten af den fysioterapeutiske behandling formentlig er blevet bedre inden for de seneste år, mener han, at der tilsyneladende stadig er behov for, at fysioterapeuterne i højere grad fokuserer på at lære patienterne selv at tackle deres problemer. Derfor er der ifølge Tom Petersen ingen vej uden om; det handler om information og rådgivning og øvelser. "Jeg kunne slet ikke forestille mig en patient på Ryggcentret, hvor jeg arbejder, som ikke får information og hjemmeøvelser som et led i behandlingen".

FREMtiden

I januar og februar har der været opfølgingsmøder, hvor resultaterne fra audit "Ondt i nakken" er blevet drøftet. Her blev det drøftet, hvordan man kunne arbejde videre med at kvalitetsforbedre det fysioterapeutiske tilbud til nakkepatienterne. Næste skridt i kvalitetsudviklingsprocessen er at afholde en temadag, hvor den nyeste viden om evidensbaseret behandling bliver præsenteret. Samtidig skal det drøftes, om der er grundlag for at arbejde videre med en slags vejledning eller statusdokument, som kan udsendes til alle praktiserende.

REFERENCE

1. Eva Hauge. Aktive strategier til nakkesmerter. Fysioterapeuten nr. 7 2002, s. 6-9.
2. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for neck pain. Phys ther, 2001, 1701-1717.
3. Gross, A.R. et al.: A Cochrane review of manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. Spine 2004, 1541-1548.
4. Overmeer, T.: Do evidence-based guidelines have an impact in primary care? A cross-sectional study of Swedish physicians and physiotherapists. Spine 2005, 146-151. ■

FÆLLESCAMPING

**Pris 10 dage
fra kr. 1.700,-
- børn halv pris**

Tag med på Danmarks bedste og billigste ferier for børnefamilier i skolernes sommerferie. Vælg mellem

Ungarn-Kroatien-Estland-Italien-Frankrig.
Lux sovebus - fuldt udstyrede villatelte.
Også som Kør-Selv. TV2 Text s. 536.

Bestil brochure via
www.hobbit.dk
Rejsegruppen Hobbitten
tlf. 75 16 16 70



DET STÅR DER I AVISEN

om fysioterapi og fysioterapeuter

(GYLDNE LØFTER I) Valgkampen er for længst overstået, men netop derfor er der måske grund til at repetere partiernes løfter til vælgerne på sundhedsområdet. Avisen Jyske Vestkysten har samlet op på de mange fine ord: Fra Enhedslisten lød kravet om gratis tandlægebehandling og nationalisering af medicinalindustrien og hos SF og Kristendemokraterne var der sat fokus på genoptræning. Både Socialdemokratiet, Venstre, Det Konservative Folkeparti og Dansk Folkeparti ønsker en ny kræfthandlingsplan, så flertallet bør være på plads.

(GYLDNE LØFTER II) Dagen før valget var *Mogens Lykketoft* gæst på Ekstra Bladet, hvor telefonerne var åbne for vælgerne. *Kirsten Nielsen* fra København ringede ind for at få en forklaring på, hvorfor hun, der er lam i benet, ikke kan få betalt transporten til fysioterapi. *Mogens Lykketoft* havde svært ved at kommentere den konkrete sag og sagde: "Du er velkommen til at skrive til mig i Folketinget. Jeg kan godt forstå, at du synes, det er mærkeligt, at du ikke kan blive kørt til genoptræning, men send mig et brev med konkrete oplysninger, så vil jeg se på det".

(HOVEDPINE) I Københavns Amt har man længe set på succesen på hovedpinecenteret på *Glostrup Sygehus*. Derfor skal det udvides. Tanken er at åbne et nyt sengeafsnit med seks pladser, og dermed vil centret nå op på at behandle ca. 1.000 ambulante patienter og 150-200 indlagte patienter årligt. Centrets grundlægger *Jes Olesen* siger til *Berlingske Tidende*, at tilstrømningen dokumenterer, at der er et stort behov for en specialiseret behandling af patienter med hovedpine. Det nye sengeafsnit skal primært bruges til patienter, hvis lidelser er så stærke, at de samtidig trues af social deroute. Denne type patienter har behov for at kunne koncentrere sig om blandt andet

den psykologiske og fysioterapeutiske behandling.

(RECEPT TIL XL)

Godt 100 svært overvægtige skal medvirke i et forskningsprojekt på Rigshospitalet, hvor man skal undersøge effekten af fysisk træning på mennesker, som lider af svær overvægt og er ramt af følgesygdomme som diabetes type 2 og forhøjet blodtryk eller forhøjet kolesteroltal, skriver *Ritzaus Bureau*. Deltagerne, som fortrinsvis er københavnere, inddeles i to grupper, hvor den ene gruppe træner fem-seks gange om ugen og den anden gruppe tre gange om ugen. Projektet bliver støttet af Sundhedsstyrelsen og Folkesundhed København.

(POWERGOLF) Landets golfspillere er så småt er ved at gøre sig klar til sæsonstart. I Holte kan de særligt ambitiøse vælge at træne Powergolf, fortæller *Berlingske Tidende*. Træningskonceptet tager udgangspunkt i de golfrelevante muskelgrupper. Det betyder, at fitnesscentrets låste maskiner er bandlyste. Derimod ar-



bejder man med frie vægte, med balance- og styrketræningsøvelser på store, bløde bolde og med redskaber, som manden bag Powergolf, *Jesper Sørensen*, selv har udviklet. Et af redskaberne er to reb og et par læderremme, der via et snoretræk er fastgjort til tunge lodder. Med hænderne omkring remmene handler det om i et golfsving at løfte lodderne. *Jesper Sørensen* agter inden for kort tid at udbyde instruktørkurser i Powergolf bl.a. målrettet klinikker for fysioterapi.

(DOMAN) Ny træningsmetode er ikke just, hvad man kan kalde Doman-metoden. I en kronik i *Politiken* stiller *Else Wienberg Jensen*, der er eutonipædagog, spørgsmålstejn ved Doman-metoden.

Hun karakteriserer Doman som værende "et sted mellem forældet fysioterapi" efter et koncept, som langt de fleste fysioterapeuter har forladt for lang tid siden "og en form for nyreligiøsitet". *Else Wienberg Jensen* efterlyser en forklaring på den anerkendelse, som Socialministeriet har givet metoden, og antyder, at den må være ideologisk: "... det, som man reelt vil fremme, er kalkuleret voldsanvendelse som statsanerkendt opdragelsesmiddel".

(FLERE MEDLEMMER) Opdragelse eller ej, danskerne strømmer til sygeforsikringen "Danmark" og ganske mange af dem, fordi deres forældre har meldt dem ind fra fødslen. Den medlemsejede sygeforsikring fik sidste år 50.000 nye medlemmer, hvilket bringer det samlede medlemsantal godt på vej til de to millioner danskere. Professor i sundhedsøkonomi, *Kjeld Møller Pedersen*, der selv er medlem, forklarer fremgangen til *Fyens Stiftstidende*: "Mange har fundet ud af, at det er fordelagtigt at kunne få tilskud til medicin, tandpleje, briller og fysioterapi".

CAS - en postoperativ score til hoftefrakturpatienter

The Cumulated Ambulation Score (CAS) er en postoperativ score til prædiktion af tidlig rehabilitering og morbiditet hos hoftefrakturpatienter

AF FYSIOTERAPEUT MORTEN TANGE KRISTENSEN, KLINISK ASSISTENT NICOLAI BANG FOSS OG PROFESSOR HENRIK KEHLET
FOTO HENRIK FRYDKJÆR

Patienter indlagt med hoftebrud har et stort rehabiliteringsbehov. Til fremme af den postoperative rehabilitering er konceptet accelererede operationsforløb

blevet anbefalet (1). Valide prædiktorer til vurdering af det postoperative forløb vurderes som væsentlige for optimalt udbytte af dette koncept til denne yderst heterogene patientgruppe. Tidligere studier har vist, at faktorer såsom funktionsniveau (ADL score), kognitivt niveau, frakturtype og alder før hoftebruddet, er af afgørende betydning for prædiktion af det langsigtede udfald for rehabiliteringen med funktionsniveauet før traumet som det væsentligste (2,3,4).

Disse faktorer fokuserer alle på niveauet før hoftebruddet, men der findes ingen enkle validerede prædiktionsystemer til hoftefrakturpatienter, der inddrager den tidlige postoperative rehabilitering i prædiktionen af patientens rehabiliteringspotentiale.

I en specialenhed for hoftefrakturpatienter på Hvidovre Hospital er "Cumulated Ambulation Score" (CAS) udviklet til prædiktion af: indlæggelsestid i den ortopædkirurgiske afdeling, 30 dages mortalitet og postoperative alvorlige medicinske komplikationer, samt mulighed for udskrivning til egen bolig (5). Scoren er valideret i et veldefineret multimodalt rehabiliterings-program og sammenlignet med New Mobility Score (NMS)(6) og Hindsøes test (HT)(7), begge optaget ved indlæggelsen.

THE CUMULATED AMBULATION SCORE

Forud for opstart af hoftefrakturoenheden på Hvidovre Hospital, blev der drøftet, hvilket behov der var for et fysioterapeutisk scoringssystem til daglig vurdering af den enkelte patients funktionsniveau. Man ønskede et enkelt system rettet mod selvstændighed, der kunne anvendes til alle patienter under indlæggelsen, uafhængigt af såvel fysisk som kognitivt niveau. Det skulle fungere som et arbejdsredskab, der på en gang kunne

give behandlende fysioterapeut et hurtigt overblik over, hvilke funktioner der skal trænes med henblik på selvstændighed. Samtidigt skulle scoren kunne indgå i planlægning af udskrivning og anvendes som effektmål i forskningsprojekter og audit.

CAS er resultat af disse drøftelser og scoren anvendes her til vurdering af basale funktioner, defineret som: fra liggende til siddende til liggende stilling i seng, fra siddende til stående til siddende stilling i stol og gang med et egnet gangredskab. Trappegang vurderes også, men indgik ikke i valideringen af scoren, da ikke alle patienter er afhængige af denne funktion. Selvstændighed i funktionerne i CAS indgår desuden som væsentlige kriterier for udskrivning til egen bolig.

CAS er en sammensat score, der afspejler selvstændig ambulering, med en daglig score fra 0 til maksimalt 6, hvor 6 angiver selvstændig ambulering på den givne dag. Scoren bliver herefter kumuleret over de tre første postoperative dage, resulterende i en score fra 0 til maksimalt 18. Et skema er udviklet til brug for de daglige scoringer (se tabel 1).

NØGLE TIL VURDERING AF FUNKTIONERNE

Liggende til siddende til liggende: Der scores 2, når funktionen klares selvstændigt. Ved behov for personstøtte scores 1, mens patienter der ikke er i stand til at forlade sengen scorer 0.

Siddende til stående til siddende: Der scores 2, når funktionen klares selvstændigt. Ved behov for personstøtte scores 1, mens patienter der ikke er i stand til at komme op at sidde i stol scorer 0.

Gang inden døre: Der scores 2, når selvstændig gang med aktuelle gangredskab er opnået. Ved behov for personstøtte scores 1, mens patienter der ikke er i stand til at gå scorer 0.

CAS viste sig på Hvidovre Hospital som et validt system til vurdering af det tidlige postoperative udfald for patienter med hoftebrud.



TABEL 1
Cumulated Ambulation Score (CAS)

2: Kan selvstændigt 1: Kan med personstøtte 0: Kan ikke

Niveau før brud	Postoperative Dag/Dato	Opr.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
	Ud af og op i seng													
	Rejse/sætte sig i stol													
	Gangramme													
	Gangbuk													
	Rollator													
	Albuestokke													
	Gående uden hjælpemidler													
	Trapper													

Ud af og op i seng (fra liggende), rejse/sætte sig i stol (46 cm sædehøjde) og gang med nødvendigt hjælpemiddel scores dagligt fra 0 til 6, kumuleret over 3 dage resulterede i en score fra 0 til 18.

CAS dag 1+2+3 _____

MATERIALE OG METODE

CAS er udviklet på baggrund af data fra 300 uselektede konsekutivt indlagte hoftefrakturpatienter behandlet i specialenheden for hoftefrakturpatienter i perioden mellem september 2002 og juli 2003. Alle patienter fulgte et veldefineret multimodalt rehabiliteringsprogram baseret på konceptet accelererede operationsforløb (8), hvor intensiv fysioterapi (9) startende på operationsdagen eller første postoperative dag indgår som en del af behandlingskonceptet. Under træningen med fysioterapeuten blev den enkelte patients funktionsniveau vurderet med en daglig score fra 0-6. Scoren for de tre første dage blev akkumuleret til en CAS fra 0 til 18 til brug i den videre databearbejdning.

CAS blev også sammenlignet med scoren for NMS og HT. De enkelte scores evne til at forudsige udskrivning inden 14 dage, 30-dages mortalitet, udskrivning til eget hjem og udvikling af alvorlige medicinske komplikationer postoperativt blev analyseret.

Et interobservations studie af CAS blev foretaget ved 20 fysioterapiseancer med forskellige patienter, hvor to fysioterapeuter uafhængigt af hinanden scorede samme træningsseance.

RESULTATER

300 patienter blev vurderet med CAS under indlæggelsen. 59 af disse patienter blev ikke scoret alle tre

første postoperative dage, grundet tidlig udskrivning til plejehjem eller stamafdeling. 241 patienter blev scoret dagligt af fysioterapeuten alle tre første postoperative dage, og kunne derfor inkluderes i analysen af mortalitet og alvorlige postoperative medicinske komplikationer. 176 af disse patienter blev inkluderet i analysen af relationen mellem prædiktorer og indlæggelsestid samt udskrivningsstatus, idet patienter der døde under indlæggelsen, eller hvor udskrivning var bestemt af andre faktorer såsom plejhjemsstatus og kirurgisk begrundede mobiliseringsrestriktioner udgik af analysen.

Korrelationen mellem de score og indlæggelsestiden viste for alle score en højsignifikant sammenhæng, men CAS opnåede den højeste grad af korrelation. Sammenhængen mellem CAS og indlæggelsestid i dage ses i figur 1. Korrelationen mellem CAS, NMS og udskrivning inden for to uger postoperativt, viste for begge en højsignifikant sammenhæng, men igen havde CAS den højeste grad af korrelation. 78 procent af patienter med en CAS > 9 blev udskrevet inden for 14 dage.

Af de 176 patienter, der indgik i analysen af indlæggelsestid, blev 9 procent udskrevet direkte til plejehjem, 12 procent blev udskrevet til yderligere rehabilitering i primærsektoren. 91 procent af patienterne med en CAS > 9 blev udskrevet direkte til eget hjem.

CAS viste sig som den eneste prædikator med en signifikant korrelation til 30-dages mortalitet og postoperativ

udvikling af alvorlige medicinske komplikationer (se figur 2). 30-dages mortalitet blandt de 241 patienter var samlet set på 9,5 procent, mens 18,7 procent postoperativt udviklede alvorlige medicinske komplikationer.

Blandt patienterne med en CAS > 9 var 99 procent i live efter 30 dage og 94 procent oplevede ingen alvorlige medicinske komplikationer under indlæggelsen.

Inter-observations testen af CAS viste identiske score mellem de to observerende fysioterapeuter i 18 ud af 20 sessionsscoringer (58 ud af 60, hvis man ser på de enkelte vurderinger).

DISKUSSION

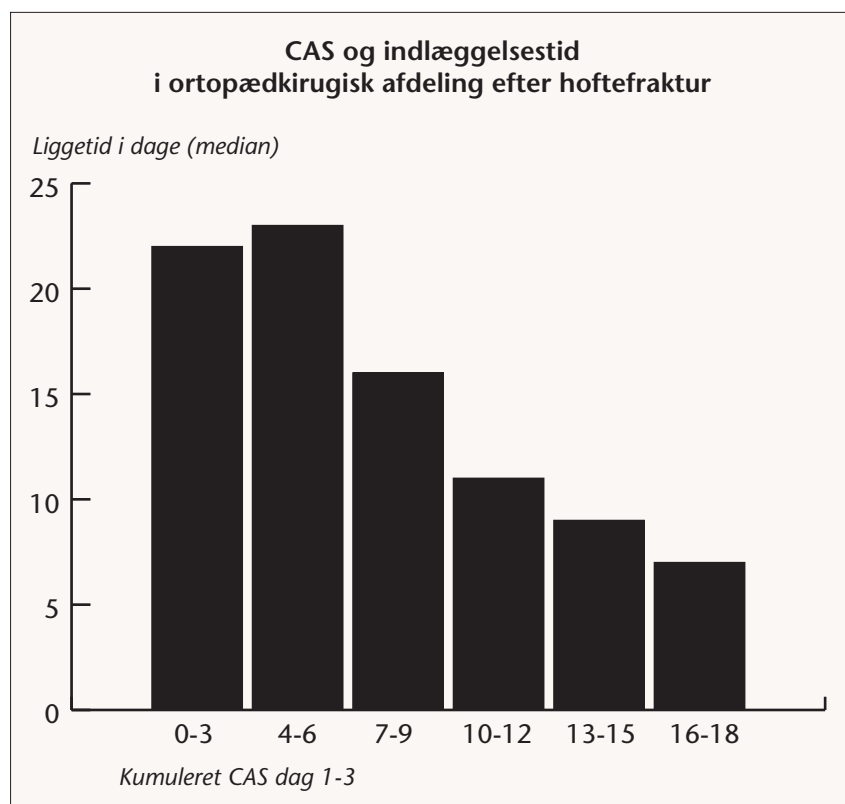
CAS viste sig som et validt system til vurdering af det tidlige postoperative udfald for patienter med hoftebrud. En CAS > 9 på tredje postoperative dag viste sig som en positiv prædiktør for udskrivning inden for 14 dage, udskrivning til eget hjem, værende i live efter 30 dage og ingen alvorlige medicinske komplikationer. For patienter med en CAS < 9 var dødeligheden på 9,5 procent, mens 25 procent oplevede alvorlige medicinske komplikationer, så scoren vil samtidig kunne anvendes til identificering af risikopatienter med henblik på yderligere optimering af behandlingen.

NMS viste sig også som effektiv prædiktør for indlæggelsestid, dog ikke på samme niveau som CAS. Til prædiktør af genudskrivning til egen bolig viste NMS sig dog en anelse bedre. Ikke alle patienter kunne indgå i analyserne med CAS, men dette skyldtes primært manglende tilstedeværelse i enheden alle tre første postoperative dage og ikke problemer med at udføre scoren som sådan. Alle patienter blev dog vurderet dagligt af fysioterapeuten under indlæggelsen i hofteenheden, så selv patienter, hvor udskrivning var forudbestemt til for eksempel plejehjem få dage efter operationen, blev vurderet dagligt med scoren.

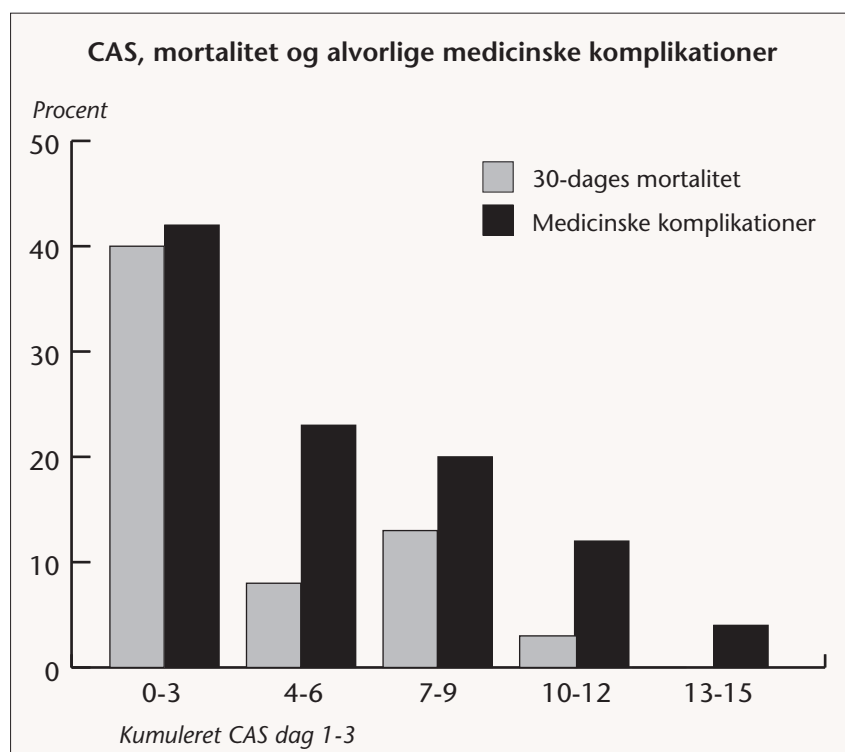
Som tidligere nævnt har studier til prædiktør af udfald efter hoftefraktur oftest beskæftiget sig med langtidsudfald, mens undersøgelser af korttidsprognoser ikke er foregået i et så veldefineret multimodalt rehabiliteringskoncept, som i dette studie(5). Til vurdering af funktionsniveau / funktionel mobilitet / ADL findes adskillige test, hvoraf flere er anbefalet til vurdering af hoftefrakturpatienter. Timed Up & Go (TUG) (10), der er valideret til hoftefrakturpatienter, er anbefalet nationalt til vurdering af funktionel mobilitet(11) og behandlingskvalitet (12), men foreløbige opgørelser (13) har vist, at kun et fåtal kan testes under indlæggelsen.

En ny undersøgelse(14) har vist, at maksimalt 50 procent af patienterne indlagt med hoftefraktur kan vurderes med TUG ved udskrivning, mens det ikke

FIGUR 1



FIGUR 2



FORFATTERE

Fysioterapeut Morten Tange Kristensen¹, Klinisk Assistent Nicolai Bang Foss² og Professor Henrik Kehlet³. Fysioterapien¹, Anæstesiologisk og Ortopædkirurgisk afdeling², H: S Hvidovre hospital og Sektion for Kirurgisk Patofysiologi 4074, Juliane Marie Centret³, Rigshospitalet. Korrespondence: morten.tange.kristensen@hh.hosp.dk

- endnu vides, hvor mange og hvor tidligt testen kan udføres i den tidlige postoperative fase.

Katz's ADL index (15) der er udviklet til at måle sværhedsgraden af kronisk sygdom hos ældre samt til evaluering af effektiviteten af behandling og genoptræning, anbefales nationalt (11) til vurdering af niveau ved udskrivning. Katz's score vil i princippet kunne anvendes dagligt under indlæggelsen, men den er ikke valideret som prædiktør for den tidlige postoperative rehabilitering hos hoftefrakturpatienter, samtidigt med at de tre basale funktioner, der vurderes selvstændigt i CAS, vurderes samlet i Katz's under indekset "forflytning". Katz's giver således ikke det nødvendige daglige overblik for specifik intensivering af genoptræningen hen imod selvstændig ambulerende i de enkelte funktioner.

CAS er specielt udviklet til dette, og de første to års erfaringer med systemet har vist, at CAS udover de prædiktive egenskaber fungerer som et enkelt og tidsbesparende arbejdsredskab for behandlende fysioterapeut i dagligdagen. Formålet med CAS var at udvikle en dynamisk prædiktør, der kunne afspejle ændringer i det tidlige postoperative forløb, og som sådan vil den formentlig også være følsom over for ændringer i behandlingen, hvorved scoren kunne være et brugbart måleredskab i kommende undersøgelser.

CAS kan anvendes indtil selvstændig ambulerende er opnået, herefter er den dog ikke i stand til at differentiere, på hvilket niveau ambuleringen foregår, men på dette tidspunkt i forløbet vil andre enkle test, såsom Timed Up & Go kunne udføres. Herudover findes CAS systemet yderst velegnet til brug i den elektroniske patientjournal.

Det kan anbefales, at CAS som en valid prædiktør af det tidlige postoperative rehabiliterings-potentiale, indlæggelsestid og mortalitet hos hoftefrakturpatienter forsøges implementeret og vurderet som en fysioterapeutisk score i landets øvrige ortopædkirurgiske afdelinger. Som supplement kan NMS anbefales til prædiktør af udskrivning til egen bolig.

Taksigelser

Studiet er udført med støtte fra Apotekerfonden af 1991, Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd (22-01-0160), IMK fonden og H:S Direktionen.

REFERENCER

1. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg* 2002; 183: 630-41
2. Parker MJ, Palmer CR. Prediction of rehabilitation after hip fracture. *Age Ageing* 1995; 24: 96-98
3. Andrew K. Cree and Sydney Nade. How to predict return to the community after fractured proximal femur in the elderly. *Aust N Z J Surg* 1999; 69, 723-725
4. Svensson O, Strömberg L, Öhlén G, Lindgren U. Prediction of the outcome after hip fracture in elderly patients. *J Bone Joint Surg (Br)* 1996; 78-B:115-8.
5. Foss NB, Kristensen MT, Kehlet H. Prediction of postoperative rehabilitation and mortality in hip fracture patients: The Cumulated Ambulation Score. *Acta Orthopaedica Scandinavia* (indsendt)
6. Parker MJ, Palmer CR. A new mobility score for predicting mortality after hip fracture. *J Bone Joint Surg Br* 1993; 75:797-8.
7. Dansk Ortopædisk Selskab. Referenceprogram om hoftebrud. Behandling, pleje og genoptræning af patienter med hoftebrud. Ugeskr Læger, klaringsrapport nr. 11, 1999.
8. Rasmussen S, Kristensen BB, Foldager S, Myhrmann L, Kehlet H og Hvidovre Hoftefrakturgruppe. Accelereret operationsforløb efter hoftefraktur. *Ugeskr Læger* 2003; 165:29-33
9. Kristensen MT, Foss NB, Jensen PS. Fysioterapi i overhalingen. *Fysioterapeuten* 2003; 16:4-8.
10. Podsiadlo D, Richardson S, The "timed up and go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J American Geriatr Soc* 1991; 39:142-148.
11. Dansk Ortopædisk Selskab. Referenceprogram om hoftebrud. Behandling, pleje og genoptræning af patienter med hoftebrud. Ugeskr Læger, klaringsrapport nr. 11, 1999.
12. <http://www.nip.dk/hofte.doc>
13. www.sundhed.dk
14. Kristensen MT, Foss NB, Kehlet H. Timed Up & Go og New Mobility Score til prædiktør af funktion 6 måneder efter hoftefraktur. *Ugeskr Læger* 2004 (antaget).
15. Dencker KA, Gottfries CG. Activities of daily living ratings of elderly people using Katz ADL index and the GBS-M scale. *Scand J Caring Sci* 1995; 9: 35-40. ■

fakta om...

Testskemaer kan downloades fra Hvidovre Hospitals fysioterapiens hjemmeside: www.hvidovrehospital.dk/hhfysioterapisektion.nsf.

Vurdering bruges som en selvevaluering af kompetencer

Svar på debatindlæg i Fysioterapeuten nr. 4, 2005 "Vurdering af kompetencer" af Else Møller Nielsen

DEBATINDLÆG AF:

ANETTE JUHL SKOV, AFDELINGSFYSIOTERAPEUT
BISPEBJERG HOSPITAL

! Tak for dit indlæg. Det glæder mig, hvis det er lykkedes at skabe debat omkring vurderingen af fysioterapeutiske kompetencer.

Jeg er enig med dig i, at undersøgelse og behandling er en sammensat og kompleks proces, og fysioterapeuten har mange handlemuligheder i arbejdet med patienten. Derfor blev der i projektet lagt vægt på, at der ikke kun findes én løsning. Det var ikke observatørens opgave, at vurdere hvorvidt fysioterapeuten handlede "rigtigt".

Inden vi påbegyndte processen havde jeg flere diskussioner med de medarbejdere, som var involveret i projektet. Vi var opmærksomme på de dilemmaer, som kan opstå, når fysioterapeuter observerer hinanden. Vi havde også diskussioner om magtrelationerne mellem de to fysioterapeuter, som skulle være henholdsvis observatør og behandler. Endelig drøftede vi andre metoder til vurdering af kompetencer. Med udgangspunkt i disse drøftelser og diskussioner valgte fysioterapeuterne i projektgruppen observation/vurdering i det kliniske felt.

Hvis man skal bruge et andet ord end observation/vurdering, som beskriver den proces, fysioterapeuterne på Rigshospitalet har været igennem, kan man kalde det for selvevaluering i det kliniske felt. Observatørerne har fået kursus i systemisk tænkning, og er uddannet til at fungere som katalysatorer i fysioterapeutens selvevaluering.

Der findes andre former for vurdering af kompetencer. Det er som oftest i form af skriftlig selvevaluering kombineret med en lederevaluering. Projektet på Rigshospitalet var et forsøg på at få koblet praksis

på evalueringen/vurderingen, samt et forsøg på at give fysioterapeuterne indsigt i hinandens arbejdsmetoder og foretage vidensdeling. I dit indlæg skriver du, at den eneste løsning, du ser på nuværende tidspunkt, er en evaluering mellem leder og medarbejder. Mit projekt er tænkt som en mulighed for at komme længere end til skrivebordet. Intentionen med projektet er at komme derud, hvor fysioterapien udøves. Der hvor alle kompetencerne kommer i spil.

Redskabet til vurdering af kompetencer, som vi har arbejdet med på Rigshospitalet, skal ses som et levende redskab, som kan/skal ændres og tilpasses.

Inden fysioterapeuterne på Rigshospitalet tog redskabet i brug, i efteråret 2004, har man ændret i proceduren for tilbagemelding til lederne, og der er udarbejdet en procedure for opsamling af observationerne/vurderingerne. Desuden er hele forløbet blevet evalueret. Det har på intet tidspunkt været intentionen at fratage lederen ansvaret for opretholdelse og udvikling af den enkelte fysioterapeuts kompetencer på arbejdspladsen.

Jeg er ikke den rette til at redegøre for det videre forløb, da jeg forlod Rigshospitalet i december 2003.

Jeg er enig med dig i, at det kunne være interessant, om Danske Fysioterapeuter kunne komme med et bud på måling af de fysioterapeutiske kompetencer. Hvis det lykkes at udarbejde et redskab eller en model, som bare nærmere sig det ideelle, vil vi blive normsættende på området. Andre faggrupper står med nøjagtig den samme problemstilling som fysioterapeuter, når medarbejdernes kompetencer skal måles/vurderes.

opslagstavlen

Udstyr sælges

■ Brugt velfungerende Norsk Sekvenstræningsudstyr sælges. 2 stk. Lægpress 1/1 a 2500 kr., 2 stk. pulldown ¼ a 2000 kr., 1 stk. Dips ½ 1500 kr., 1 stk. Backtrainer, 1/3 1000 kr., 1 stk. sidetrainer 1000 kr., 1 stk. folio vinkelbænk 750 kr. Kan sælges samlet for 9950 kr. Østet Fysioterapi, Per Akselbo, tlf.: 4649 7740.

Klinikandel til salg

■ Yderst attraktiv klinikandel til salg i det nordvestlige Jylland. Dejlig klinik i nye lokaler med træningsfaciliteter. Stort og varieret patientgrundlag og gode indtjeningsmuligheder. Alle tiders mulighed for at blive klinikejer. Henv. Tine H. Madsen på 9713 6171 eller 3023 4946.

Til Salg

■ Skanlab 25 Bodywave Som nyt. Nærmere oplysning på tlf 8696 2330.

Hvem siger normalitet er målet?

Det er **ærgeligt**, at fysioterapeuterne på **Center for Hjerneskade** ikke også satser på kvaliteten i bevægelserne i deres projekt med intensiv styrke- og løbebåndstræning

DEBATINDLÆG AF:
KAREN ERIKSEN, BISPEBJERG HOSPITAL

! Hvem siger normalitet er målet? Det gør apopleksi-patienterne! Det er et, blandt mange af deres mål. De vil gerne kunne alt det, de kunne før og helst lige så godt. I henviser til den tankegang, at man skal lære patienterne at acceptere, at de ikke bliver raske/normale. Ja, men hvor lidt raske /normale skal patienterne acceptere at blive? Det er meget spændende at læse om CFH's projekt med intensiveret løbetræning (Fysioterapeuten nr.2 og nr. 3/05). Det er jo et eksempel på en indsats, der tilbydes, fordi "patienten" ikke har accepteret et funktionsniveau.

Jeg vil gerne bidrage med nogle overvejelser om kvalitet af bevægelse og bevægestrategi.

Der er ingen tvivl om, at en god kondition generelt giver mere energi, og dermed større overskud til at klare den anvendte grad af kompensation, f.eks. under gang. Spørgsmålet er, om man opnår en forøgelse af kvaliteten af gangen, eller udholdenhed i kompensationsstrategi?

Apopleksi-patienten anvender kompensation i forhold til en normal gang, måske fordi han ikke har kontrol nok, f.eks. i trunkus, til at gennemføre en jævn glidende automatiseret gang. Eller en anden version "hjernens reagerer normalt på et unormalt input, og det giver det billede, du ser", udtalt af Michelle Gerber, Bobath instruktør (advanced kursus 1996). Når der tilstræbes en normal gang, er der ikke tale om en "pæn" gang "eller "som fysioterapeuten vil have det", men et spørgsmål om en god bevægeøkonomi og et minimum af kompensation.

Træning med vægtaflastning, f.eks. ved fysioterapeutens "hands on", i loftslift/sele eller lignende, er en lokal måde at fjerne noget af kompensationsbehovet på, men ikke den eneste måde.

I et interview i Fysioterapeuten for nogle år siden, beskriver Theo Mulder fysioterapeuter som hjerneprogrammerer. Han anbefaler os, at gå ind i logikken bag kompensationen i stedet for at se lokalt på problemet. Der bruges et eksempel med en patient, der går på ydersiden af sine fødder og derfor får et par ortopædiske sko for at "gå pænt". Som jeg opfatter det, kritiserer han os for, at vi ikke undersøger, hvorfor patienten

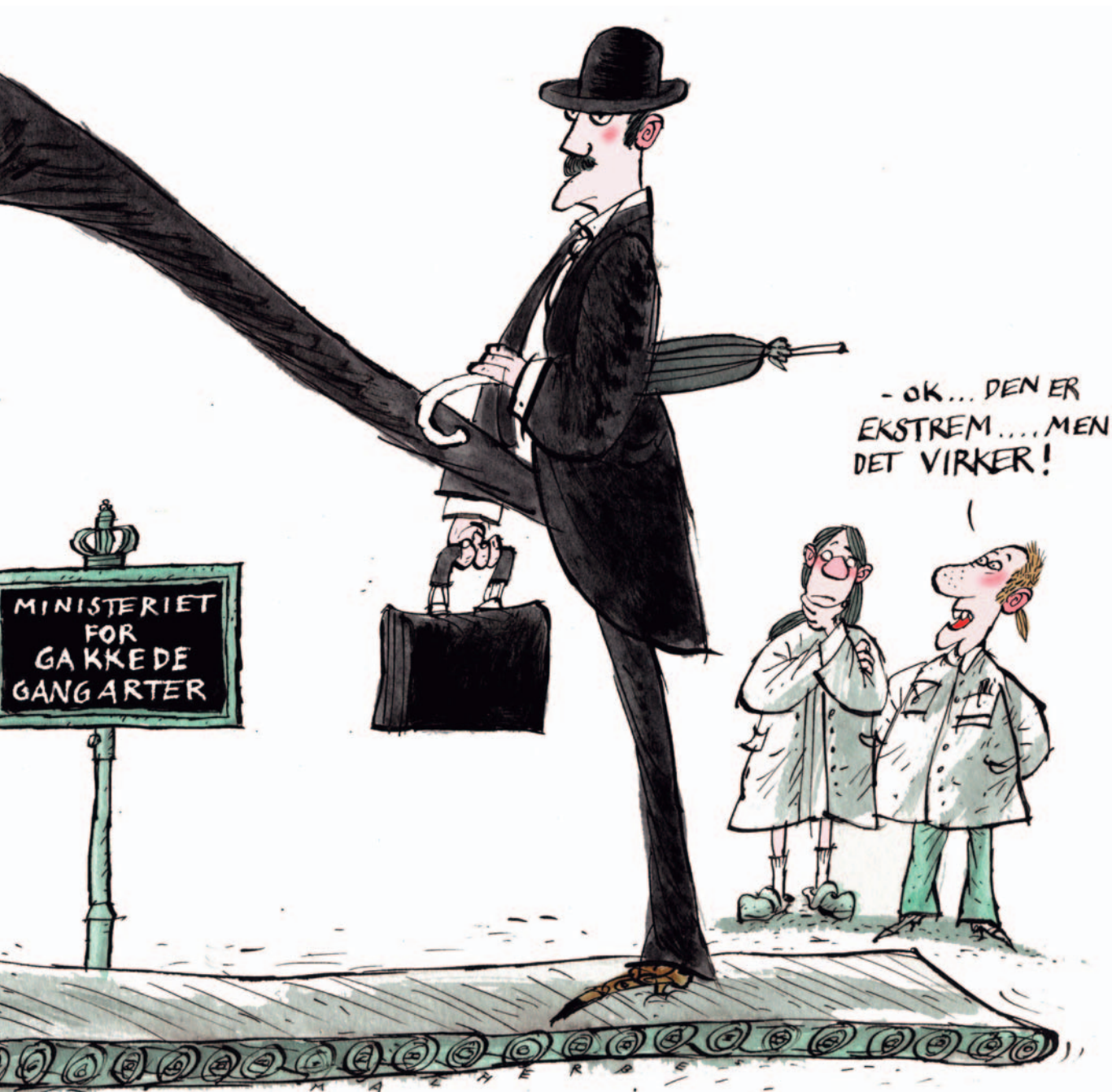
reagerer med den kompensation og i stedet påvirker årsagen (re-programmerer). Han siger også et andet sted, at et mål for, om rehabiliteringen er lykkedes, er en lav grad af kompensation. Jeg mener, at ovenstående underbygger vores udfordring som terapeuter til netop at hjælpe patienten med at re-programmere hjernen og dermed mindske energiforbruget og kompensation. Det kan vi blandt andet gøre ved at "tilføre" kvalitative ændringer af bevægelse, det vil sige tilstræbe input, der fremmer normale bevægelser, bevægekvalitet og strategi. Det er ikke nok alene at ændre på kompensationen i form af en sko eller bedre styrke. Jeg mener også, at vi skal forsøge med alle vores fysioterapeutiske midler at være hjerneprogrammerer, det er det, vi kan og det, der er svært.

I stiller et spørgsmål om, hvad der er vigtig for patienten; at kunne gå pænt 5 meter eller gå mindre pænt 50 meter og nå bussen. Jeg er ikke bekymret for et menneske, der kan gå 5 meter med en god bevægekvalitet, i det tilfælde er re-programmeringen lykkedes godt. Han har en basis til at variere sine bevægelser, opnå 500 meters gang, 3 km, løbe, danse og så videre. Det er kun et spørgsmål om styrke og kondition. Det, der bekymrer mig, er, hvis man erklærer patienten for færdigtrænet uden at hjælpe ham videre. Desværre er det endnu ikke muligt ved hjælp af studier og evidens, at overbevise "systemet" om, at det kan betale sig både menneskeligt og samfundsøkonomisk at sætte ind på flere fronter. I gør et flot stykke arbejde, ærgeligt I ikke fokuserer på både kvalitet og styrke/kondition.

Til slut vil jeg sige, at jeg glæder mig til at høre mere om jeres projekt. Jeg er nysgerrig efter at få flere oplysninger blandt andet om muskelfibersammensætningen lige efter apopleksiens opståen og senere. I skriver, at jo længere tid man venter med at sætte ind med styrketræningen, jo mere abnorm bliver den afficerede sides muskulatur. Kunne det ikke også hænge sammen med kvalitet, re-programmering?

En kommentar til diskussionen om patienten har en ikke afficeret side. Patricia Davies nævnte i sin undervis-





ning (Bobath grundkursus 1987), at patienterne havde fem afficerede "ekstremiteter" udover trunkus.

Hvordan måler I kvaliteten af funktionerne? I har fravalgt at måle tonus, fordi "der er evidens for at tonus ikke varigt øges...", men der vel en god grund til at måle det i forhold til jeres projektdesign. Jeg ved,

man må begrænse sig, men evidensen kan vel aldrig blive for solid? Spørgsmålet er, hvordan måles tonus, og hvor længe er "varig"?

I efterlyser ideer til design med kontrolgruppe, hvad med to grupper, en med, og en uden fokus på kvalitet?

Øget gangdistance er også udtryk for kvalitet

Svar på debatindlæg: "Hvem siger normalitet er målet?"

DEBATINDLÆG AF:

PETER ZEEMAN, JANNE SØRENSEN OG JØRGEN JØRGENSEN, CENTER FOR HJERNESKADE

! Først og fremmest synes vi, at det glædeligt, at der kommer gang i debatten inden for dette vigtige område. Vi håber på flere indlæg, da området i alt for lang tid har savnet stillingtagen og fornyelse.

For os at se må debatten i al væsentlighed dreje sig om fire områder:

1. Hvad ønsker patienten – normalitet eller funktionalitet?
2. Hvad kommer først - bevæge kvalitet eller kondition og styrke?
3. Hvilke kriterier anvendes for at definere kvalitet?
4. I hvilket omfang kan hjernen reprogrammeres?

Ad 1. Patientens ønsker afhænger i meget høj grad af, hvor lang tid der er gået siden skadens opståen. En relativt nyskaded patient vil i sagens natur have store forhåbninger til genoprettelse af "normal" funktion. Og med rette, da dette håb både tjener som værn mod krænkelsen af selv billedet, som enhver ændring af funktionsniveauet udgør, og som motivation for en målrettet træningsindsats.

Men hjerneskadede patienters ønsker hænger også uløseligt sammen med: skadeslokalisering og omfang, præmorbid prioritering og alder.

Skadeslokalisering. De fleste neurologiske fysioterapeuter kender den højrehemisfære-skadedes tendens til urealistiske forventninger, som f.eks. kan lede til årelang insisteren på, at en OE uden nogen form for voluntær funktion nok skal komme til at fungere igen. Nøgleordet er indsigt, og fysioterapeutens rolle må altid (i modsætning til den alternative behandlers) være gradvis og blidt at bibringe patienten den fornødne indsigt frem for at fastholde ham/hende i et forventnings limbo.

Præmorbid prioritering. Ikke alle patienter prioriterer motorisk normalitet lige højt. F.eks. kan afatiske personer med en præmorbid inaktiv livsstil finde audiologopædisk træning vigtigere end bevæge kvalitet.

Alder. Jo ældre apopleksipatienten er, jo større er sandsynligheden for, at det daglige fysiske output allerede var så lavt før apopleksien, at en yderligere forringelse af funktionsniveauet mødes med accept eller resignation.

Deltagelse i vægtaflastet løbebåndstræning kombineret med intensiv styrketræning har lige præcis ikke til formål at lære patienterne at acceptere, at de ikke bliver raske/normale. Tværtimod drejer det sig om i løbet af ganske kort tid at give kroniske hemiplegiske patienter mulighed for at bevæge sig væsentligt hurtigere, sikrere og længere. Når et langsomt gangtempo med dertil hørende begrænset aktionsradius i løbet af 6-8 uger afløses af 60 procent højere tempo, bedre balance, længere gangdistance og mindre udmattelse efter fysisk aktivitet, hører vi ofte: "Nu kan jeg igen gå tur med min ægtefælle/købe ind/klare mit arbejde, osv." Vi vil vove den påstand, at disse parametre for ikke-fysioterapeuter udgør en højere grad af normalitet og kvalitet, end om hoften flekteres korrekt eller knæet forhindres i at hyper-ekstendere.

Vi er som Karen Eriksen ikke bekymrede for den patient, der har lært at gå 5 meter korrekt. Vi er blot bekymrede for, hvad patienten går glip af, mens han venter på de korrekte 5 meter?

Mange af vores patienter har gået til fysioterapi i årevis. Når de påbegynder træningen hos os, føler de det ofte som en befrielse ikke hele tiden at skulle korrigeres, men endelig at blive opmuntret til at bruge deres aerobe kapacitet og gangfunktion til noget funktionelt og kvantificerbart. Vi må som fysioterapeuter acceptere, at neurologiske skader når et irreversibelt stadium, hvor en vis grad af kompensation er uundgåelig.

Ad 2. Evidensen for, at apopleksipatienter allerede én uge efter apopleksien både har markant nedsat kondition og muskelstyrke, er overvældende, men nærværende indlæg giver ikke plads til referencer. Vore egne biopsiresultater foretaget af CMRC viser utvetydigt en udtalt mangel på udholdende type I og intermediære type IIa muskelfibre på den afficerede side. Til gengæld er forekomsten af de mindst udholdende type IIx fibre abnormt høj på afficeret side. Alle fibre på afficeret side er meget mindre, mindre kapillariserede og indeholder færre mitokondrier end på "rask" side.

En sådan fibertypesammensætning rækker lige præcis til "korrekt" funktion med "god" kvalitet i den korte tid af dagen, hvor fysioterapeutens øje hviler på patienten.

Fysioterapeuten tror, at reprogrammeringen er lykkedes, men seks timers dagligt samvær med patienten (som det er tilfældet på Center for Hjernesgade) viser ofte noget ganske andet. Hvis ønsket er varig effekt af genoptræningen og god overførselsværdi, må fundamentet først være i orden. Uden udholdenhed og styrke kan man ikke forvente, at patienten kan leve op til kvalitetskravene. Såfremt patienten alligevel prøver at følge fysioterapeutens instruktioner uden at have den fornødne udholdenhed eller muskelkraft, risikerer man overkorrektur, som f.eks. når patienten altid går med let flekteret knæ for at undgå hyperekstension, hvorved gangen bliver asymmetrisk, langsom og haltende.

Ad 3. Ud over anvendelig gangdistance/-sikkerhed, og -hastighed synes vi også, at god bevægeøkonomi er væsentlig. Dette kan f.eks. udtrykkes ved den puls, en patient opnår ved gang ved en given hastighed. Hvis pulsen ved en højere ganghastighed gradvist kommer til at ligge lavere end den gjorde i begyndelsen ved den lave hastighed, ser vi dette som udtryk for lavere energioekonomiske omkostninger ved at gå. Dette skulle gerne medføre større overskud og lyst til at gå mere, hvilket da også er essensen af de tilbagemeldinger, vi får fra patienterne. Er dette ikke et kvalitativt aspekt af gangen? De fleste af vores patienter øger deres gangkadence med 25-50 procent. De får mere "flow" i deres gang, efterhånden som de får overskud til at bryde den spasticitet, der bremser fremdriften i det afficerede ben. Også dette er vel et udtryk for kvalitet. Vi mener endvidere, at evnen til at fremføre benet med en vis grad af fleksion i knæet i stedet for stift i cirkumduktion er en kvalitet i sig selv. Den tendens, som mange hemiplegikere har til at fremføre det afficerede ben i udadrotation, hvor skosnuden slæbes hen over underlaget i "ti minutter i tolv stilling" korrigerer vi med vores indstillelige "Aktivister", da vi finder det kvalitativt bedre, at benet fremføres ligeud, og da det kræver for megen energi at slæbe en fod, når den kan løftes.

Denne udadrotationstendens prioriteres ikke altid lige højt af fysioterapeuter, selv om den i høj grad er ødelæggende for gangkvaliteten og sikkerheden. Endelig gør vi meget ud af at forsyne hver enkelt pa-

tient med den optimale dropfodsskinne, hvis adækvat dorsalfleksion ikke kan opnås. De fleste af de patienter, vi ser, er enten ikke udstyrede med en skinne, fordi den foregående fysioterapeut har ment, at patienten skulle reprogrammeres til at placere foden korrekt, eller er blevet udstyret med en skinne, der fastlåser ankelledet og/eller tillader supination i skinnen med tryksår på laterale malleol til følge. Er dette kvalitet? Vi synes, at en god gangfunktion forudsætter, at patienten kan placere hele foden på underlaget og ikke kun laterale fodrand.

Ad 4. For os at se er reprogrammering af hjernen udtryk for en reduktionistisk tankegang, hvor hjernen sammenlignes med en computer, der skal til "hovedreparation". Årsagerne til en given kompensationsstrategi eller adfærd er langt mere multifaktorielle og komplekse. Vi består ikke kun af selvstændigt fungerende motoriske programmer (som Theo Mulder kalder "programming rules"), men af komplicerede neurale netværk, hvor kognition, emotion, coping-strategier, self-efficacy, smertetærskel, arv, miljø og alder alle sammen spiller ind på motorikken. Det er derfor, vi altid lægger så stor vægt på at indsigt som nøglen til at få patienten mere aktiv i hverdagen. Har patienten først forstået nødvendigheden af fysisk aktivitet og mærket lysten til en mere aktiv tilværelse, er chancerne større for, at mange af de uhensigtsmæssige bevægemønstre korrigeres og kompenseres af patienten selv til varig glæde for ikke blot ham/hende selv og de pårørende, men også for terapeuten.



Debatindlæg kan sendes til Fysioterapeuten. Skriv kort. Redaktionen forbeholder sig ret til at returnere eller forkorte indlæg. Materiale sendes til redaktionen@fysio.dk - eller med post til Fysioterapeuten, Nørre Voldgade 90, 1358 Kbh. K.

Fysioterapeuten nr. 7/2005 udkommer 8. april.

Deadline for debat: 17. marts.

(Annonce)

Stor forskel på chokbølgebehandling

Det er ikke ligegyldigt, hvilken form for chokbølgebehandling du anvender. Faktisk kan du påføre dine patienter større smerte end nødvendigt.

Fokuseret chokbølgebehandling (Piezason 100)

Chokbølger sendes med en kort puls (1000 gange kortere end trykbølger).
Max tryk 1000 mPa.

Kan behandle op til 50 mm under hudoverfladen specifikt.

Mulighed for variation af penetrationsdybden.

Chokbølgerne fokuseres med en parabolignende skærm og rammer derfor behandlingspunktet meget præcist.

Minimal belastning af hudoverfladen

Mindre smertefuld for patienten og uden bivirkninger

Levetid på garanteret 5 millioner skud*

* Man påregner ca. 3000 skud pr. behandling

Radierende chokbølgebehandling

Trykbølger sendes med en lang puls.
Max tryk 40 mPa.

Kan behandle 30 mm under hudoverfladen uspecifikt.

Ingen mulighed for variation af penetrationsdybden.

Trykbølgerne kan ikke fokuseres og spredes over et større område end behandlingspunktet.

Stor belastning af hudoverfladen

Meget smertefuld for patienten med bivirkninger som hævelse, hæmatom og symptomforstærkning

Levetid på 1/2 million skud*

Udredningen er foretaget for KEBO CARE af elektroingeniør Torben Lund, der blandt andet underviser på Københavns Fysioterapeutskele i EI-terapi.

Piezason 100 - det rigtige valg

Piezason 100 udsender chokbølgerne via keramiske piezo-elektroder. Chokbølgerne fokuseres til forskellige dybder i vævet med en parabolignende skærm, der er indbygget i en håndholdt terapikilde. Behandlingspunktet rammes meget præcist og uden at påføre patienten større smerte end nødvendigt.

Prisen for Piezason 100 er nu nede i et leje, hvor mindre behandlingssteder kan være med.

Miniseminar

På REHAB messen i Frederica den 27. og 28. april afholder vi et miniseminar om chokbølgebehandling. Her vil fysioterapeut og forfatter Michael Harbo kort gennemgå apparatet i teori og praksis samt fortælle om sit kontrollerede forsøg i samarbejde med Ålborg Sygehus.

Ring og hør nærmere på tlf. 36 39 80 00.



KEBO CARE

Jernholmen 41 • 2650 Hvidovre
Tlf.: 36 39 80 00 • Fax: 36 39 80 55
info@kebocare.dk • www.kebocare.dk